

Syddansk Universitet

Den markante ulighed

Pedersen, Pia Vivian

Published in:
Udsat

Publication date:
2008

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (APA):
Pedersen, P. V. (2008). Den markante ulighed. Udsat, 4. årgang(13), 4-7.

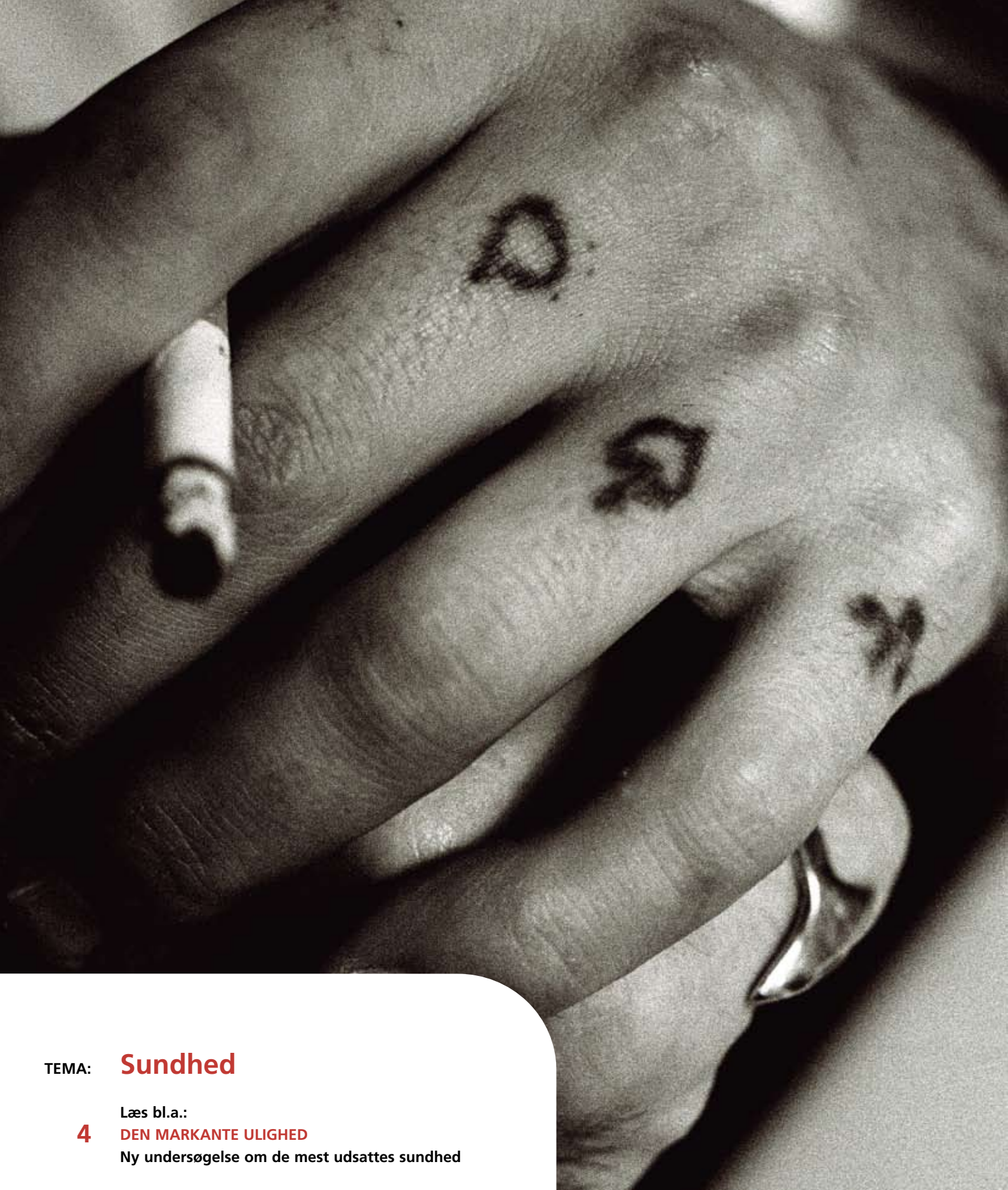
General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



TEMA: **Sundhed**

Læs bl.a.:

- 4** **DEN MARKANTE ULIGHED**
Ny undersøgelse om de mest udsattes sundhed
- 8** **ADGANGEN TIL SUNDHEDSVÆSNET**
Hvorfor har vi ulighed i sundhed?
- 12** **HUSLÆGE FOR HJEMLØSE**
Med patientrelationen i centrum



ANETTE NICOLAISEN
FAGCHEF FOR UDSATTEHEDEN
SERVICESTYRELSEN

Sundhed – en menneskeret

At de mest socialt udsatte bærer en stor sygdomsbyrde og dør tidligere end andre er ikke ny viden. Men med undersøgelsen SUSY UDSAT (se artiklen s. 4), der er offentliggjort her i foråret, er der for første gang brugernes eget bud på, hvor dårligt de har det. Fx siger kun 1/3, at de har et virkelig godt helbred eller godt helbred i modsætning til 4/5 af den øvrige befolkning.

Undersøgelsen er endnu et bidrag til diskussionen om social ulighed i sundhed, som i disse år har stor bevågenhed i Danmark. Den store udfordring er at ændre mønstret, så de mest udsatte grupper ikke kommer i en nedadgående spiral, hvor dårligt helbred og social marginalisering forstærker hinanden. Men hvordan?

Den sociale ulighed i sundhed er udtryk for mange forhold, og indsatsen må tilsvarende have mange facetter. Helt grundlæggende må der tages højde for, at både individuelle forhold som livsstil og levevilkår og mere samfundsrelaterede forhold har betydning.

Men i nogle tilfælde kan det også være nødvendigt, at indsatsen skræddersyes til de mest socialt udsatte grupper og starter et andet sted, end vi er vant til. Har man ikke tag over hovedet, er man næppe motiveret for et rygestopkursus, og lever man af øl, kan burgere være et fremskridt.

Sundhed er en menneskeret, og der er bred enighed om, at adgangen til alle sundhedsydelser – praktiserende læge, hospitalsbehandling osv. – bør være lige. Vores viden på dette område er ikke entydig, men flere undersøgelser og projekter peger på, at det i praksis ikke altid er så nemt at sikre, at stofmisbruger og direktøren stilles nøjagtig ens. Også her kan altså være en udfordring.

At sygdom og sundhed i så høj grad er socialt relateret, peger på, at det ofte vil være centralt at planlægge tværsektorielt, så der tages højde for samspillet mellem sociale og sundhedsrelaterede faktorer. Her har kommunerne den vigtigste rolle at spille – tættest på borgerne, som de er, og med myndighedsansvaret på begge fronter.



16



26

Indhold

- 4 Hvad er sundhed for dig?**
12 borgere får ordet
- 4 Den markante ulighed**
Ny undersøgelse tegner de aller-
mest udsattes sundhedsprofil. Af Pia
Vivian Pedersen, Statens Institut for
Folkesundhed
- 7 Mødre med misbrug**
Vellykket bog om en gruppe sårbare
kvinder. Anmeldelse
- 8 Adgangen til
sundhedsvæset**
Hvorfor har Danmark ulighed i sund-
hed? Af Marianne Skov Iversen og
Christina Hansen, Servicestyrelsen
- 10 Åh at gå tur – med en
lille hund**
To kommuner om at motivere til
sundhed



19



12



22



8



28



10

12 Huslæge for hjemløse
Med patientrelationen i centrum.
Interview med læge Henrik Thiesen

14 Når sundhed bliver moralsk
Sundhed for udsatte er andet end livsstil. Interview med sundhedsantropolog Pia Myrthue

15 Som om der er ild i hende
Uddrag af Submarino, en roman af Jonas T. Bengtson

16 Sundhed på hjul
Sundhedsarbejde på gadeplan er en nødvendighed. Af dr. med. Preben Brandt, projekt UDENFOR

18 Noter til tema

19 Når flæsketeg er sundt
Sundhed må tænkes meget bredt.
Interview med Cliff Kaltoft, LVS

20 Ambassadører på banen
Fodbolden er et frirum. Værestedet Clean House fortæller

22 Sundhedsrisici ved prostitution
Vi mangler sikker viden om prostitueredes helbred. Af Lotte Rasmussen og Majken Wiingaard, Servicestyrelsen

23 Større indsats for forebyggelse
Regeringen har nedsat en forebyggelseskommision

24 Sundhedsformidling til etniske mindretal
Netværksstrategier kan være en vej til dialog

25 Litteratur og links til hele temaet

bagsiden

Indsatsen mod social ulighed i sundhed

Vi skal bl.a. styrke samarbejdet mellem aktørerne på sundhedsområdet
Kommentar af Tove Larsen, KL

26 Voldsramte kvinders arbejdsliv
Voldsramte kvinder kan have brug for særlig støtte i deres arbejdsliv. Af Janne Schacke, Servicestyrelsen

27 Medspil og modspil
Svær, men inspirerende bog om potentialer i socialt arbejde. Anmeldelse

28 Illusionerne skal bryde
Til premiere på Servicestyrelsens film om prostitution. Reportage

29 Halvt igennem
Ambitiøs bog om magt og forandring overbeviser ikke helt. Anmeldelse

30 Nyt fra styrelsen

31 Enhedens publikationer siden årsskiftet

Hvad er sundhed for dig?

"At få en øl hver morgen og en kop kaffe. At undgå hårde stoffer".

JAAKUNGUAG, HJEMLØS

"For mig er forudsætningen for sundhed, at der bliver lyttet til mig og min oplevelse. At jeg ikke bliver mødt med en manual for, hvordan "man" skal opføre sig som kriseramt".

JOAN, VOLDSRAMT

"Når jeg er sund og frisk. Når jeg ikke er syg".

LINDA, BOR PÅ GADEN

"At få en ordentlig bolig, hvor jeg kan have mine børn på besøg, i stedet for det klubværelse, jeg har nu. Der ryger de hash i fællesrummet, og det er ikke noget for børn".

KURT, SÆLGER AF HJEMLØSEAVISEN HUS FORBI

"Sundhed, det er noget med at få noget ordentligt at spise og få sovet. At lytte til sin krop".

PREBEN, TIDL. HJEMLØS, HAR NETOP FÅET BOLIG

"At jeg kan leve i harmoni med mig selv, så jeg ikke behøver at tage medicin".

HANNE, PSYKIATRIBRUGER

Den markante ulighed

Forskellen mellem top og bund på samfundets rangstige er meget markant, når det gælder sundhed. Ny undersøgelse tegner for første gang de allermest udsattes sundhedsprofil og vidner om gruppens massive helbredsproblemer.

Af videnskabelig assistent Pia Vivian Pedersen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

I Danmark har de dårligst stillede og dårligst uddannede højere dødelighed og færre gode leveår med godt helbred end de bedst stillede og bedst uddannede (Juel et al. 2006). Den sociale ulighed i sundhed eksisterer i Danmark på trods af en relativt høj grad af social og økonomisk lighed og på trods af, at alle har lige og gratis adgang til de fleste dele af sundhedsvæsenet.

Begrebet

Men hvad dækker begrebet social ulighed i sundhed mere præcist over? Det refererer til, at mennesker i forskellige sociale positioner eller sociale grupper har forskellig sundhedstilstand, sygelighed, dødsrisiko mm. Årsagen kan være, at disse mennesker i forbindelse med deres levevilkår (fx bolig eller arbejdsmiljø) og livsstil (fx kost og rygning) er udsat for forskellige helbredsskadelige eller sundhedsfremmende forhold. Disse forhold kan optræde under hele livsforløbet, ofte i akkumuleret form, og kan nogle gange føres tilbage til en social eller genetisk arv fra forældrene.

Social ulighed i sundhed handler også om forskellige sociale konsekvenser af sygdom, dårligt helbred og ned-

sat funktionsevne. Her tænkes både på konsekvenser som risiko for udstødning og marginalisering fra normale samfundsmæssige roller og på konsekvenser i form af brug af sundhedsvæsenet og modtagelse af anden hjælp eller støtte.

Den sociale ulighed i sundhed fremstår ikke kun som forskelle mellem de bedst og de dårligst stillede i samfundet. Ofte vil den sociale ulighed vise sig som en gradient, dvs. at for hvert trin man går op eller ned ad den sociale rangstige, vil der kunne observeres et tilsvarende trin op eller ned i sundhed.

De kortest uddannede

I Danmark er stort set alle sygdomsmanifestationer og risikofaktorer socialt skævt fordelt – og oftest er det til de dårligst stilledes ulempe. De sociale forskelle beskrives ofte i relation til uddannelsesniveau, som har vist sig som det mest robuste mål. Uddannelsesniveauet har fx betydning for den forventede levetid. En 30-årig mand med en videregående uddannelse kan forvente at leve godt fire år længere end en mand, der enten er helt uden uddannelse eller er stoppet efter basisåret på efg- eller HG-uddannelsen. 30-årige kvinder med videregående uddannelse lever i gennemsnit knapt tre år længere end 30-årige, kortuddannede kvinder (Juel et al. 2006).

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) gennemfører løbende sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne), der belyser sociale forskelle i de aspekter af befolkningens sundhedstilstand, der ikke er dokumenteret i diverse andre registre. SUSY-undersøgelserne viser tydeligt, at der er systematiske sociale forskelle i selvoplevet helbred, funktionsevne, sundhedsadfærd mv. Af SUSY-undersøgelsen i 2005 ses fx, at 34 % af den voksne befolkning, der har en lang videregående uddannelse, oplyser, at de har en langvarig sygdom, mens det gælder for hele 53 % af befolkningen med kort uddannelse (Ekholm et al. 2006) Bevæger man sig et trin længere



PIA VIVIAN PEDERSEN er cand.scient. soc. og er videnskabelig assistent på Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Hun forsker i sundhedsvaner, livsstil og levevilkår, og hun er medforfatter til undersøgelsen om socialt udsattes sundhed, SUSY UDSAT, som instituttet har udarbejdet for Rådet for Socialt Udsatte.

"Det er, at jeg overlever hver dag. At jeg er rask og har det dejligt med mine venner. Mad er ikke så vigtig".

F.P., HJEMLØS

"At komme til lægen? Det er tre år siden, jeg har været hos lægen. Han sagde, at jeg havde tuberkulose".

"ANDERS AND", HJEMLØS

"Sundhed er, at jeg ikke er dødeligt træt, og at jeg møder hver dag med fortrøstning".

LISE, PSYKIATRIBRUGER

"Det er, at jeg ikke konstant har en trussel hængende over hovedet. Det er at leve uden angst, så jeg kan mærke og stole på mine følelser."

ANJA, VOLDSRAMT

"Sundhed er mange ting. Det er ordentlig ernæring, det er utrolig vigtigt. Det er også at opleve varme. At blive set og forstået og føle tryghed. Alt for mange steder – også i behandlingssystemet – bliver man bare overladt til sig selv".

KLAUS, INDVANDRER

"Et sundt liv er at tænke positivt".

FATIMA, VÆRESTEDSBRUGER



Foto: Michael Daugaard

ned ad den sociale rangstige – fra de kortest uddannede til de økonomisk, erhvervsmæssigt, socialt og psykisk dårligst stillede svarpersoner i SUSY-2005 – forværres sundhedstilstanden endnu mere. Denne gruppe har klart dårligere helbred, mere uhensigtsmæssige sundhedsvaner og større sygelighed end de øvrige, og bedre stillede, svarpersoner i SUSY-2005 (Simonsen et al. 2007).

De allermest udsatte

Langt de fleste undersøgelser af social ulighed i Danmark omhandler forskelle i den almene, danske befolkning, som fx forskelle i sundhed og sygelighed mellem højtuddannede og lavtuddannede. Sådanne befolkningsundersøgelser når ikke ud til, og omfatter derfor ikke, de allermest udsatte grupper i befolkningen, simpelthen fordi der er tale om mennesker uden fast adresse (fx hjemløse) og mennesker, som ikke kan håndtere besøgsinterview (fx de psykisk syge og mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere). For at undersøge sundheden blandt disse grupper i befolkningen er det nødvendigt at anvende særlige dataindsamlingsmetoder. SIF har netop gennemført en sådan sundheds- og sygelighedsundersøgelse (SUSY UDSAT) for Rådet for Socialt Udsatte (Pedersen et al. 2008). SUSY UDSAT er baseret på selvadministrerede spørgeskemaer uddelt på ca. 120 væresteder, varmestuer, forsorgshjem mv. i mere end 40 danske byer. I de tilfælde, hvor det har været nødvendigt, har personalet på værestederne mv. været behjælpelige med besvarelsen, fx ved at læse spørgeskemaet højt.

Undersøgelsen giver den hidtil mest omfattende og detaljerede beskrivelse af sundhedstilstanden blandt alkohol- og stofmisbrugere, hjemløse, sindslidende og fat-

tige (gruppen af fattige er defineret som personer, der har angivet, at de ofte ikke får mad nok, fordi de ikke har råd). Da hver svarperson ofte hører til i flere af disse grupper, eksempelvis fordi vedkommende svarer ja til at være hjemløs og samtidig oplyser at have en sindslidelse, kan hver svarperson optræde i mere end en af de fem grupper.

Med denne undersøgelse er det for første gang blevet muligt at tegne et billede af den gradvise forværring af sundhedstilstanden fra de bedst stillede og højest uddannede i befolkningen til de mest udsatte grupper.

Med andre ord kan vi nu udvide ”trappestigen” over den sociale ulighed i sundhed med flere trin og dermed få et tydeligere og mere detaljeret billede af den sociale ulighed i sundhed i Danmark i dag.

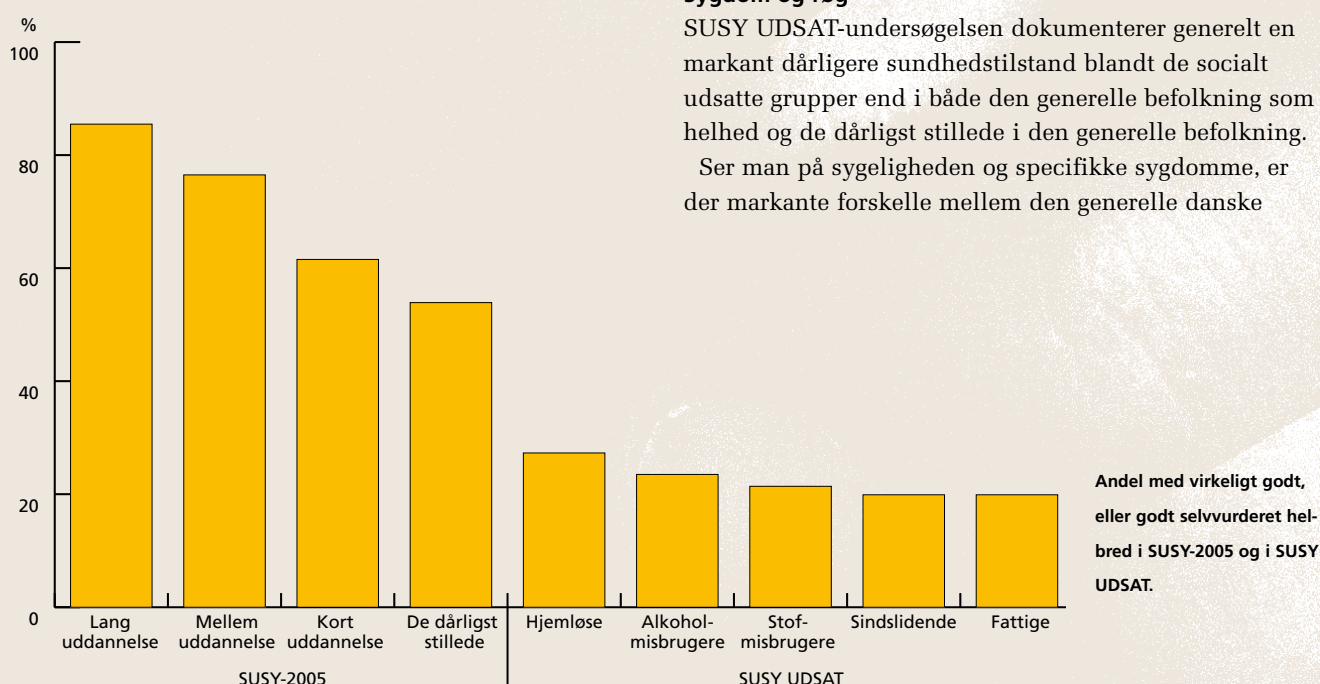
Selvvurderet helbred

Et centralt og validt mål for sundhed, som også har vist sig at være en særdeles god prædikator for senere sygelighed og dødelighed, er vurderingen af eget helbred. Figur 1 viser andelen i henholdsvis SUSY-2005 og SUSY UDSAT, der vurderer eget helbred som virkeligt godt eller godt. Som det fremgår, angiver ca. 85 % af svarpersonerne i SUSY-2005 med en lang uddannelse, at de har et virkeligt godt eller godt selvvurderet helbred. Andelen falder til ca. 62 % blandt de kortuddannede i SUSY-2005 og falder igen til ca. 54 % blandt de dårligst stillede svarpersoner i SUSY-2005. Herfra ses et markant fald nedad til de socialt udsatte grupper, hvor kun mellem hver fjerde og hver femte vurderer eget helbred som virkeligt godt eller godt.

Sygdom og røg

SUSY UDSAT-undersøgelsen dokumenterer generelt en markant dårligere sundhedstilstand blandt de socialt udsatte grupper end i både den generelle befolkning som helhed og de dårligst stillede i den generelle befolkning.

Ser man på sygeligheden og specifikke sygdomme, er der markante forskelle mellem den generelle danske



befolkning og de socialt udsatte grupper. Således har 61 % af svarpersonerne i SUSY UDSAT en langvarig sygdom (dvs. sygdom af mindst seks måneders varighed), mens denne andel udgør 39 % blandt svarpersonerne i SUSY-2005. I alt 20 % af svarpersonerne i SUSY UDSAT har mavesår – mod 2 % i den generelle befolkning.

I forhold til sundhedsvaner angiver 68 % i SUSY UDSAT, at de ikke dyrker nogen form for motion, og 52 %, at de er storrygere (dvs. de ryger 15 cigaretter eller flere dagligt). Til sammenligning svarer kun 18 % i den generelle danske befolkning, at de er storrygere.

Generel trivsel

Undersøgelsen viser også, at de socialt udsattes generelle trivsel er markant dårligere sammenlignet med befolkningen som helhed. Eksempelvis har 43 % af svarpersonerne i SUSY UDSAT forsøgt selvmord mod 1 % af svarpersonerne i SUSY-2005. I alt 25 % af de socialt udsatte har været udsat for grov fysisk vold inden for det seneste år, mens det gælder for 2 % af svarpersonerne i SUSY-2005.

27 % af svarpersonerne i SUSY UDSAT angiver, at de ofte ikke spiser den ønskede kvalitet og variation af mad, fordi der ikke er råd, og 24 % kommer kun nogle gange, sjældent eller aldrig i bad i det omfang, der er behov for det.

Det gælder for alle de anvendte mål på sundhedstilstanden – herunder selv vurderet helbred, stress, psykisk velbefindende, sundhedsadfærd, sygelighed, brug af sundhedsvæsenet, generel trivsel og sociale relationer – at de socialt udsatte grupper er markant dårligere stillet end den generelle danske befolkning. Undersøgelsens resultater vidner også om, at de socialt udsattes overvældende sundhedsmæssige problemer ikke kan ses – eller løses – isoleret, men hænger stærkt sammen med gruppens massive, sociale problemer og ringe levevilkår. Derfor er det nødvendigt med en bredspektret indsats fra både sundheds- og socialvæsen, hvor sundhed tænkes ind i det sociale arbejde.

Litteratur:

- K. Juel et al.: Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- O. Ekholm et al. (red.): Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006. (SUSY-2005)
- M.K. Simonsen et al.: Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed? Rådet for Socialt Udsattes småskriftserie nr. 6, 2007. Rådet for Socialt Udsatte, 2007.
- P.V. Pedersen et al.: SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. Rådet for Socialt Udsatte, 2008.

Mødre med misbrug

Vellykket bog giver stemme til en gruppe sårbare kvinder.

Af sygeplejerske Petra Lind, afd. for gravide og fødende, regionshospitalet Holstebro

Så får mødre med misbrug af rusmidler endelig lov til at tale!

Center for Rusmiddelforskning har udgivet en bog, hvor 26 kvinder med nuværende eller tidligere misbrug af rusmidler fortæller om deres oplevelser med både det sociale og det sundhedsfaglige system. Hensigten med bogen er at bringe deres ofte vanskelige livssituation og smertefulde oplevelser frem i lyset. Deres frustrationer, ambivalens, konfliktfyldte relationer, håb, glæde, skuffelser og sorg. Jeg mener, det til fulde er lykkedes.

De fleste er enlige mødre og uden arbejde. Faren til barnet er typisk misbruger af alkohol eller stoffer, og graviditeterne uplanlagte. Næsten alle har haft en problematisk opvækst, præget af misbrugsproblemer, vold og seksuelle overgreb.

Kvinderne har ændret levevis under graviditeten på forskellig vis. De har nedsat misbruget og ændret kostvaner til en vis grad, selv om det nok ikke er den kost, de fleste ville betegne som sund. Men helt centralt er, at de har formået at gennemføre en ændring. Kvinderne har haft en god grund til at stoppe deres misbrug og har troet på graviditeten som en chance for et vendepunkt.

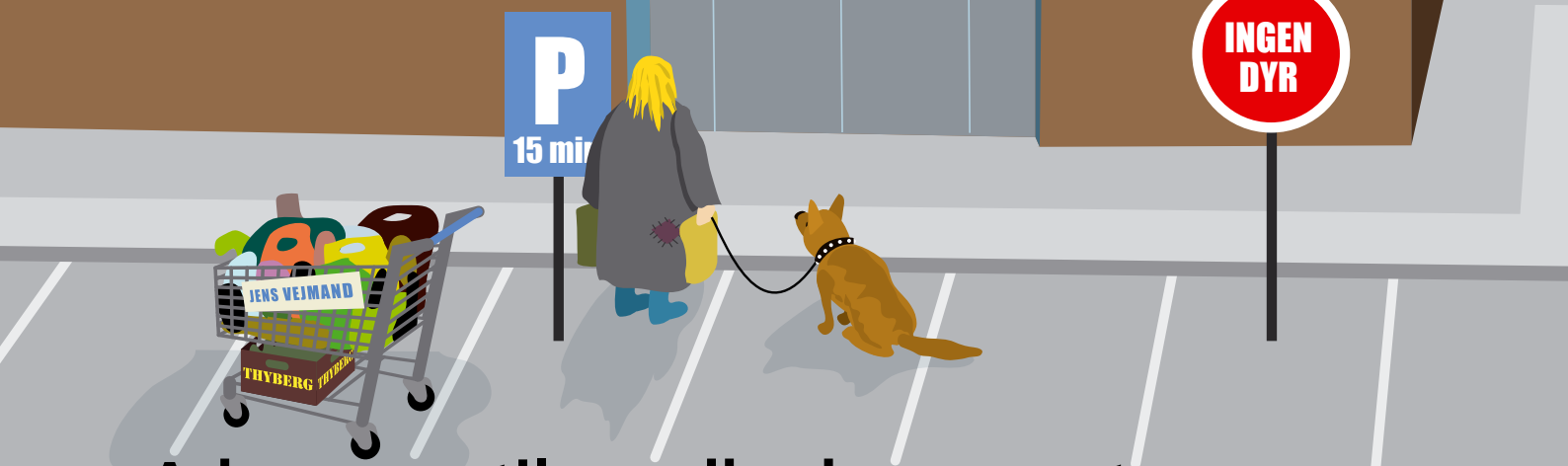
Bogen giver et indblik i, hvordan kvinderne opfatter den hjælp, der tilbydes. Undersøgelsen fortæller noget om de ressourcer, kvinderne har, hvis de hjælpes på vej af et behandlingssystem, der formår at se den enkelte.

Det er imponerende, at så mange kvinder har haft overskud til at deltage i disse interview. Resultatet er blevet en bog, der er meget relevant for personale, der arbejder med familier, hvor misbrug er eller har været en del af deres liv, fx socialrådgivere i børne/familieafdelingerne.



Helle Vibeke Dahl og Dorte Hekscher: Graviditet og misbrug – belyst ud fra kvindernes perspektiv. En analyse af 26 livs- og behandlingshistorieinterview. Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet, 2007. 118 sider, 130 kr.

Petra Lind har arbejdet med gravide med rusmiddelproblemer gennem mange år og er en ud af en række fagpersoner, der er blevet interviewet i forbindelse med bogen. Red.



Adgangen til sundhedsvæsenet

Danmark har social ulighed i sundhed. Men hvorfor? Forskellig adgang til sundhedsvæsenet kan være en af årsagerne. Socialt udsatte kan fx have svært ved at finde sig til rette med hospitalsverdenens normer.

Af konsulenterne Marianne Skov Iversen og Christina Hansen, begge Servicestyrelsen

MARIANNE SKOV IVERSEN er sygeplejerske og cand.scient.pol. Hun har siden 2001 været konsulent i Servicestyrelsen, hvor hun især beskæftiger sig med social ulighed i sundhed og psykiatri.

CHRISTINA HANSEN er cand.scient.san.publ. Hun har siden 2006 været konsulent i Servicestyrelsen og har især viden om psykiatri, sundhed og vold i familien.

De socialt mest udsatte grupper i Danmark, dvs. hjemløse, stofmisbrugere og de dårligste stillede sindslidende, lider ofte af flere somatiske sygdomme i kombination med et misbrug og/eller en sindslidelse. De har derfor generelt en højere sygelighed end andre befolkningsgrupper. Nogle sygdomme som fx hjertelidelser og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) forekommer derudover hyppigere blandt grupper med lav uddannelse.

Uligheden i sygdomsbyrde giver bl.a. udslag i en højere dødelighed og en lavere, forventet levealder for den del af befolkningen, der har lav uddannelse. Den gennemsnitlige levealder for fx stofmisbrugere er 44,5 år for kvinder og 41,1 år for mænd. For resten af befolkningen var middellevetiden henholdsvis 80,4 år for kvinder og 75,9 år for mænd i 2006.

Mange årsager

Der kan være mange årsager til, at de socialt mest udsatte er mere syge og dør tidligere end andre befolkningsgrupper. Alder, køn og arvelige dispositioner har væsentlig betydning, men derudover spiller individuelle livsstilsfaktorer, leve- og arbejdsvilkår, sociale relationer samt generelle, socioøkonomiske kulturelle og miljømæssige determinanter en rolle. Årsager til uligheden i sundhed

bunder således både i individuelle forhold som fx livsstil og i strukturelle forhold som fx adgang til sundhedsvæsenet.

Nogle undersøgelser har vist, at brugen af sundhedsydelser – fx kontakt til praktiserende læge – er lavere blandt de fattigste grupper i forhold til de behov, de statistisk set har som følge af højere sygelighed. Men disse undersøgelser kan ikke forklare årsagerne. Magter de mest marginaliserede grupper ikke alle at udnytte tilbuddene i sundhedsvæsenet, eller er der strukturelle barrierer, der forhindrer de mest socialt udsatte i at få adgang til sundhedsvæsenet? Eller er det i virkeligheden to sider af samme sag?

Manglende rummelighed

Der kan være mange forskellige, mulige strukturelle barrierer for adgangen til sundhedsvæsenet. Med udgangspunkt i et litteraturstudie af både dansk og international litteratur er Servicestyrelsen begyndt at afdække betydningen af bl.a. sundhedsvæsenets rummelighed og organisering.

Mandag Morgens debatoplæg om brugernes sundhedsvæsen (se boks) afdækker nogle af de barrierer, som de mest socialt udsatte oplever i kontakten til sundhedsvæsenet. Først og fremmest møder borgerne en række bureaukratiske barrierer, når sundhedsvæsenet kontaktes. Sundhedsvæsenet er styret af en aftalekultur, som betyder, at man skal aftale tid til konsultation hos egen læge, møde op til et bestemt tidspunkt og måske vente på at komme til at tale med lægen. Der er således både fastsatte regler og stærke normer for, hvordan man skal agere i systemet - fx må man ved en indlæggelse ikke have sit kæledyr med og ikke drikke alkohol, og man skal opføre sig afdæmpet. Dette kan en del af de mest socialt udsatte have svært ved at leve op til.

Mangelfuld kommunikation og sundhedspersonalets begrænsede viden om gruppens specielle adfærd og livs-

førelse udgør yderligere barrierer. Oplevelsen af, at sundhedspersonalet forsøger at "normalisere" socialt udsatte patienter, kan være en af grundene til, at det etablerede sundhedsvæsen vælges fra. Sådanne erfaringer og mistillid kan have stor betydning for, om sundhedsvæsenet op søges igen. Samtidig ser det ud til, at sundhedsvæsenet har svært ved at rumme gruppen med den konsekvens, at de enten afvises eller udskrives, inden behandlingen er slut.

Systemets organisering

Det danske sundhedsvæsen gennemgår p.t. store forandringsprocesser bl.a. på grund af stigende forventninger til ydelserne fra både politikere, borgere og patienter. Krav om kortere ventelister, nye behandlingsmetoder og højere kvalitet betyder, at sundhedsvæsenet skal yde mere. For de fleste er dette en positiv udvikling, men for de socialt mest udsatte kan de kortere patientforløb og det øgede fokus på effektivitet have en anden karakter. Denne gruppe har sjældent en enkelt lidelse, men ofte meget komplekse tilstande, sammensat af både sundhedsproblemer og sociale problemer. Det medfører, at disse mennesker kan være svære at "indpasse" i et gængs patientforløb. Oveni kommer, at sundhedsvæsenet har gennemgået en øget opdeling i specialer. Det betyder, at man som patient modtages af et sundhedspersonale med en høj specialiseringsgrad. Men det øger også risikoen for vanskeligheder ved behandlingen af mennesker med et komplekst sygdomsbillede.

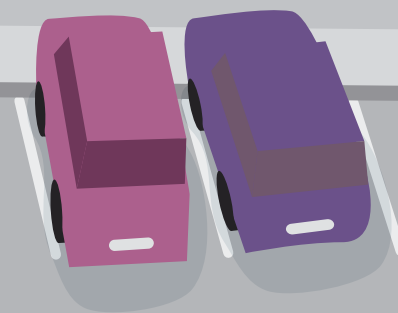
Som nævnt viser nogle undersøgelser, at de mest socialt udsatte har meget begrænset kontakt til både praktiserende læge og tandlæge. Konsekvensen er, at når der opstår et behov for behandling, sker henvendelsen til akuttilbud, primært skadestuen, selvom behandlingen burde være foregået hos egen læge.

Den manglende kontakt til egen læge betyder også, at de socialt udsatte ikke får tilbud om hverken forebyggelse eller den sundhedsfremmende behandling, mange af dem har så hårdt brug for. SUSY UDSAT (se boks) viser imidlertid, at gruppen bruger sundhedsvæsenet mere end øvrige grupper. Hvad, der ligger til grund for de modsatte resultater, er ikke undersøgt, men det kan fx skyldes forskellige dataindsamlingsmetoder.

Fremtidsperspektiver

Der er tegn på, at den måde, som sundhedsvæsenet er organiseret på, og den udvikling, det gennemgår i disse år, kan bidrage til, at adgangen for de mest socialt udsatte bliver yderligere vanskeligere. Der er dog også eksempler på indsatser, der aktivt arbejder med den lige adgang til sundhedsvæsenet.

Københavns Kommune har siden 2001 haft et opsøgende sundhedsteam i form af gademedarbejdere, som yder behandlende, forebyggende og sundhedsfremmende arbejde (se s. 12). Teamet har også en brobyggerfunktion i forhold til sundhedsvæsenet og samarbejder med opsøgende socialarbejdere for at kunne tilbyde sammenhængende og relevant indsats til de mest udsatte. Tilsvarende indsatser er under udvikling i en række andre større byer i Danmark.



"Projekt socialsygeplejerske", som blev gennemført i 2006-07 på to ortopædkirurgiske afdelinger, havde som mål, at stofmisbrugere skulle have en mere ligeværdig og færdig behandling i sundhedssystemet.

Idéen var, at en sygeplejerske med særlig socialfaglig indsigt i målgruppen fungerede som rådgiver og brobygger mellem patienter og personale i afdelingerne. En del af indsatsen var at give personalet nye redskaber til at forstå og imødekomme stofmisbrugeren og på den måde få skabt et nyt tillidsforhold mellem patienter og personale.

Der er således både eksempler på enkelt indsatser, der tager afsæt i opsøgende sundhedsarbejde på gadeplan og indsatser, som bygger på det eksisterende sundhedsvæsen, og som har kompetenceudvikling som en central komponent. Men skal den nuværende ulighed reduceres, kræver det en større viden, end vi har i dag, om hvilke inkluderende og ekskluderende faktorer, der har betydning i forhold til de udsattes adgang til sundhedsvæsenet.

UDVALGT LITTERATUR

- F. Diderichsen et al: At prioritere social ulighed i sundhed – analysestrategi og resultater i Københavns Kommune. Københavns Kommune, 2006
- Mandag Morgen/Innovationsrådet et al.: Brugernes sundhedsvæsen. Oplæg til en patientreform. 2007.
- S.H. Fischer: Langt fra lige adgang til sundhedsvæsenet. Synergi. Dansk Sygeplejeråd, 22.11. 2006.
- N. Brünès: Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. Projekt Udenfor, September 2007
- Gundgaard J. En kvantitativ undersøgelse af fattigdom i Odense Kommune. CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering. November 2007.
- Rådet for Socialt Udsatte. SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark, April 2008.

Forfatterne står til rådighed for yderligere kildeoplysninger.

Åh at gå tur – med en *lille* hund

Er det nemt eller svært at motivere socialt udsatte borgere til at leve sundere? To kommuner deler ud af deres meget forskellige projekterfaringer med at skabe større lighed i sundhed blandt borgerne.

Af journalist Mette Engell Friis

Ved årsskiftet fik kommunerne en række nye opgaver inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunerne har bl.a. ansvar for at skabe rammer og tilbud, der giver borgerne mulighed for at leve et sundt liv (jf. Sundhedsloven § 119). Sundhedsstyrelsen satte derfor sidste år gang i projekt *Lighed i sundhed*, hvor seks kommuner skal være modeller for resten af landet. Vi kigger indenfor i Jammerbugt og Gladsaxe.

Han kunne tænke sig at gå tur. Det ville være dejligt, syntes han. Og pædagogen skrev det ned. Så tilføjede han hurtigt, at han rigtig gerne ville have en hund med på turen. Bare en lille en altså!

Jeanett Trollegaard smiler, mens hun fortæller historien. For hende viser den det engagement, Gladsaxes godt 300 førtidspensionister på nogle af kommunens bo- og dagtilbud for psykisk syge, udviklingshæmmede og misbrugere lagde for dagen, da de blev spurgt om, hvorvidt de havde lyst til at dyrke motion – og i givet fald hvilken slags.

Modsat hvad mange havde troet, ville de fleste nemlig rigtig gerne være med til at leve sundere. Hvis de altså vel at mærke selv fik lov at bestemme hvordan. Og hvis pædagogerne deltog.

Rollemodeller

Og det gjorde de, pædagogerne. For da Jeanett Trollegaard sidste år blev ansat som ansvarlig på Gladsaxe Kommunes projekt, *Lighed i sundhed*, startede hun med at drage på pr-tur for at fortælle om projektet og overbevise de skeptikere, der var blandt medarbejderne.

– Kommunen har tidligere kørt sundhedsprojekter, som ikke har virket, så jeg mødte blandt andet holdningen ”det har vi prøvet, det dur ikke”, siger Jeannett Trollegaard, der oprindeligt er uddannet sygeplejerske og siden hen Master i Public Health.

Men det lykkedes at overbevise alle. Fremgangsmåden var nemlig en anden end tidligere. Ideerne til sunde aktiviteter skulle komme fra borgerne selv, og medarbejderne skulle have en aktiv rolle i implementeringen.

Den plan solgte ideen så godt, at de ansatte gerne meldte sig som projektmedarbejdere inden for områderne kost, tandsundhed, motion eller rygestop. Områder, som de fleste ikke er uddannede til at vide noget om, hvorfor de efterfølgende har fået kurser til at bakke dem op i det daglige arbejde med at støtte og motivere borgerne til en sundere livsstil.

Den gode samtale

I Jammerbugt Kommune taler de også meget om motivation. Så meget, at de medarbejdere, der er tilknyttet kommunens del af projekt *Lighed i sundhed*, er kommet på kursus i anerkendende kommunikation.

Jammerbugts målgruppe for sundhed og trivsel er kontanthjælpsmodtagere, og ofte er disse borgers problem ikke kun, at de ikke har noget job. Mange lider samtidig af både fysiske og psykiske sygdomme, og en hel del føler ikke, at hverdagen rummer nogen som helst grund til at gøre noget ekstraordinært for sig selv.

– Borgerne skal ikke tvinges til at dyrke motion eller slanke sig. Vi



Lighed i sundhed

Projekt Lighed i sundhed

gennemføres 2006 til 2009 af

Sundhedsstyrelsen:

- Projektet er en del af regeringens sundhedsprogram Sund hele livet, hvor et af målene er at reducere social ulighed i sundhed.
- Projektet er finansieret af midler fra sats-puljen – i alt 24 millioner kroner.
- Formålet er at styrke socialt udsatte personers evne til og muligheder for aktivt at påvirke deres egen sundhed.
- Målgrupperne er kontanthjælpsmodtagere, arbejdsløse og førtidspensionister.
- Seks kommuner blev udvalgt blandt de i alt 29 ansøgninger fra landets 98 kommuner. De udvalgte er Jammerbugt, Gladsaxe, København, Greve, Vordingborg og Odense.
- Sundhedsstyrelsen udgiver løbende inspirationsværktøj, materialer og erfaringer omkring projektet. Se: www.sst.dk og søg på lighed i sundhed.

skal motivere dem, og derfor har det været vigtigt at have forskellige tilbud som vandre- eller cykelture, motionscenter eller badmintontræning. Der skal være noget for enhver pengepung, siger projektkoordinator Maj-Britt Gulstad.

Men det kan være svært at overbevise mennesker med meget lidt overskud om, at motion er sjovt. Derfor skal medarbejderne være i særklasse dygtige til at motivere og inspirere. Kontanthjælpsmodtagerne får tilbudt om motion og en snak om sund livsstil, når de møder til afklaringsforløb. Og den sammenhæng højner ikke nødvendigvis lysten til at gøre noget ekstraordinært.

– Mange af de her borgere oplever det ikke som meningsfuldt at være på aktiveringsstedet. Derfor kan det være svært for medarbejderen at sige: "Jeg vil forresten også gerne have lavet en sundhedsprofil på dig", som Maj-Britt Gulstad siger.

Ydermere varer aktiveringen ofte kun to-tre uger, så det kan være vanskeligt at komme ind i et forløb, hvor man fx går i svømmehallen en gang om ugen.

– Derfor er det så vigtigt, at medarbejderne prøver at inspirere til eksempelvis at lave nogle netværk, så der er nogle at gå tur eller tage i

svømmehallen med, også når aktiveringen er slut, pointerer projektlederen.

Motivation på tværs

I Gladsaxe har pædagogerne ikke haft så svært ved at motivere deres borgere. Da medarbejderne først selv begyndte at tro på projektet, var det ikke svært at få borgerne til at se fidusen. Og det skulle helst holde ved.

– Målet er, at vi får vist borgerne, at det både er nemt og sjovt at leve sundt. Og så er det vigtigt for mig, at medarbejderne får arbejdet med sundhed så meget ind under huden, at de fortsætter af sig selv, når projektet er slut, siger Jeanett Trollegaard.

Præcis sådan tænker Maj-Britt Gulstad også.

– Jeg håber, vi får tændt en lille gnist hos borgerne, som gør det meningsfuldt for den enkelte at se på egen sundhed i bredeste forstand. At vi får lagt nogle små ankre ind, der gør, at borgerne ved, hvad kommunens sundhedspolitik er. Samtidig skal vi også som kommune blive dygtige til at tænke sundhedsfremme ind i alle nye tiltag, siger Maj-Britt Gulstad, som lige nu er med til at lave retningslinjer for Jammerbugts videre sundhedspolitik.

Kommunernes projekter

Jammerbugt

Jammerbugts projekt "Aktiv Sund Trivsel" er delt i to:

1. En projektdel, der henvender sig til de kontanthjælpsmodtagere, der er i aktivering i kommunen.

Projektet tilbyder:

- morgenmad hver dag og frugt om eftermiddagen
- mulighed for personlig kostvejledning eller sundhedssamtale ved diætist
- fysiske aktiviteter
- rygestopkurser.

2. Et undervisningsforløb i anerkendende kommunikation for medarbejdere og ledere, der er tilknyttet projekt *Lighed i sundhed*.

Gladsaxe

Gladsaxes projekt *Lighed i sundhed* retter sig mod borgere og medarbejdere på otte bo- og dagtilbud.

Projektet tilbyder bl.a. borgerne:

- undervisning om kost og tandsundhed
- rygestopkurser
- temamåneder om fx kost og motion med foredrag og aktiviteter
- aktiviteter i sports- og svømmehal.

Projektet har tilbudt alle medarbejdere:

- kurset "Den motiverende samtale"
- mulighed for slankehold og rygestopkursus
- sundhedsscoachuddannelse for lederne.

De projektansvarlige medarbejdere har også fået tilbud om:

- uddannelse til rygestopkonsulenter
- motionsinstruktørkursus
- kurser i ernæring og tandsundhed.

Huslæge for hjemløse

INTERVIEW. "Man må gå efter fortvivelsen og vise, at der er en åben dør", siger Henrik Thiesen, der er læge for Københavns mest udsatte borgere. Han sætter patientrelationen i centrum og ser langsomhed som en dyd. For det kan tage år, før fx en misbruger – måske – er motiveret for behandling.

Af redaktør Sanne Bertram, Servicestyrelsen

Det er snart kun i bedagede romaner, at huslægen kommer, når man ringer og klager sin nød. Langt de fleste sygebesøg foregår i dag i lægens konsultation. Men Københavns mest udsatte borgere – de dårligst stillede sindslidende, hjemløse og misbrugere – har deres eget sundhedsteam, hvor man har afskaffet klinikken, men kommer, når der kaldes.

Ekstra ydelser

Den eneste betingelse er, at borgeren ikke i forvejen har en reel kontakt med en alment praktiserende læge, og netop den præmis opfylder mange i målgruppen. Ellers er visitationsproceduren enkel: Man ringer. Og det er der rigtig mange, der gør. Dels patienterne selv og deres venner, dels medarbejdere på fx bo- og væresteder, der konstaterer, at en bruger har fået det dårligere og evt. ikke længere kan rummes inden for stedets rammer.

– Vi begyndte med en "nul-praksis" for nøjagtigt tre år siden. Vi havde et tomt kartotek og startede med at sige: "Goddag, her er vi". Og så lærte folk os at kende. I vores kartotek står der aktuelt 350 patienter, og vi bygger fortsat op, vi får vel omkring 10-15 nye patienter hver måned, fortæller afdelingslæge Henrik Thiesen, der sammen med fire sygeplejersker udgør teamet.

Thiesen er altså almindelig huslæge for dem, der ellers ingen har. Men netop fordi han og hans team har en særlig patientgruppe, har de nogle ekstra ydelser. Alt efter, hvad behovet er, kan de fx også tage kontakt til socialforvaltningen, rådgive et bosted eller bygge bro til det øvrige sundhedssystem.

– Vi tager de opgaver, der er, og når vi kan, slipper vi igen. Men det er patienten, der afgør hvornår, understreger han og tilføjer, at de ofte oplever, at gamle patienter vender tilbage efter en lang periode.

Tabet skal tackles

En af dem, der sådan dukkede op efter mange måneders



HENRIK THIESEN er afdelingslæge og leder af Københavns Kommunes Sundhedsteam. Han har tidligere arbejdet som skolelæge og læge i både privat og offentlig stof- og alkoholbehandling.

pause, var en alkoholmisbruger, der pludselig ville have teamet til at se på sine levertal, for nu ville han holde op med at drikke.

– Inden for megen misbrugsbehandling var det så her, man ville slå til og sige: "Nu er han motiveret, nu skal han i døgnbehandling!" Men vi sagde: "Hvorfor fa'en vil du holde op med at drikke?!", siger Thiesen og lader sætningen hænge lidt i luften, inden han begynder at forklare, hvordan man ofte må arbejde med motivation på en helt særlig måde, når det gælder de mest belastede stof- og alkoholmisbrugere. Typisk vil der nemlig også være et stort tab forbundet med at stoppe med et langvarigt misbrug. Og det tab – fx af netværket af drikkekammerater – skal kunne tackles og erstattes med noget andet, hvis motivationen skal holde.

– Du kan tage en direktør, der drikker for meget, og køre ham bort til et døgnbehandlingssted, og når han vender ædru tilbage otte uger senere, står alle og klapper. Men når manden på gaden vender tilbage, så synes de andre bare, at han er blevet mærkelig. Det er jo en helt anden situation, pointerer Thiesen og fortæller, at kernen i deres patientarbejde kort og godt er at slå ørerne ud og give borgeren tid.

– Vores patienter skal som regel have meget, meget lang tid, før de reelt er motiverede for behandling. Der kan være en utrolig lang responstid – op til flere år. Og i mellemtiden handler det "bare" om skadesreduktion, hvor vi fx får patienten stabiliseret, behandlet for diverse somatiske lidelser og måske sat i en relevant psykiatrisk behandling. Men vi ser også på patientens sociale situation, bolig, netværk, forsørgelsesgrundlag osv. Vi tager os af alle "sideproblemer". Så får de det bedre, og når de får det bedre, bliver de også bedre til at træffe et valg – fx om alkohol- eller stoffrihed. Og så skifter vi modus og går målrettet efter den behandling, patienten ønsker.

En "Patricia Deegan"

– Men undervejs kan der være rigtig mange mellemstationer, og det kan også være, at målet når at skifte flere gange. I relationen til patienten er det derfor utroligt vigtigt, at man selv er ustressed og får sat gearet ned. Man må indstille sig på at arbejde mere flydende og tøvende, end man måske er vant til fra andre sammenhænge, så man hele tiden kan mærke, hvor patienten er henne. Det kan være en meget langsom proces, men det er den eneste måde at arbejde på, der har en chance for at lykkes, siger Thiesen og fortæller om en patient, hvor problemet netop var, at processen var gået for hurtigt.

– Han kom fra en meget lang periode som gadehjemløs og responderede på medicinsk behandling med uhørt succes. Men der var ikke noget tilbud til ham, og han var ikke selv afklaret med, hvad han ville. Så endte han på Kultorvet igen. Den sag drøftede vi i teamet, og vi blev enige om, at vi skulle lave en "Patricia Deegan", siger Thiesen med et smil og forklarer nærmere.

En "Patricia Deegan" er teamets interne slang for en sporadisk, men alligevel systematisk kontakt, som ikke overtræder patientens grænser eller ønsker. Udtrykket refererer til amerikaneren Patricia Deegan, der er skizofren og psykolog. Hun har fortalt om, hvordan hun som ung i lang tid nægtede at gå uden for en dør. Hver dag kom hendes mormor troligt og spurgte, om hun ville med ud på indkøb. Patricia svarede nej, og mormoren trængte ikke ind på hende, men lod hende i fred indtil næste dag, hvor hun gentog sit forslag. Efter to år sagde Patricia ja tak: Så var hun parat.

– I tilfældet med den gadehjemløse var strategien også den rette. I dag er han langsomt begyndt selv at tage initiativ til ændringer, siger Thiesen og tilføjer:

– Men nogle gange når patienterne naturligvis frem til nogle andre valg, end man havde forestillet sig, og så må man acceptere det, også selv om man synes, at de hellere skulle have valgt noget andet. Så jeg bliver aldrig skuffet! For der findes ikke forkerte valg, der findes kun deres valg.

Bevarer kontakten

Selvom patienten når derhen, hvor han eller hun er parat til fx at komme i døgnbehandling for sit misbrug, er den hellige grav ikke nødvendigvis vel forvaret. Dels kan patienten droppe ud af behandlingen, dels er risikoen for tilbagefald én, der altid må kalkuleres med. Teamet har derfor generelt stort fokus på opfølgning og bevarer altid kontakten med patienterne både under og efter et behandlingsforløb.

– Vi havde fx en patient, der havde fået egen bolig, og som så viste sig at sidde dybt depressiv i en tom lejlighed med 12 sorte plasticsække opmarcheret; de lignede soldater, der holdt øje med ham! Så lavede vi en minutiøs planlægning af, hvornår sygeplejersken skulle komme, hvornår SKP'eren (støtte-kontaktperson, red.) kom osv., fortæller Henrik Thiesen og fortsætter:

– Efterværn er utroligt vigtig, for disse mennesker har ingen social integration, når de kommer i behandling, og ingen når de kommer ud. Derfor må man være der og lytte. Gå efter fortvivlelsen og vise, at der er en åben dør.

Foto: Michael Daugaard

HVIS DU VIL VIDE MERE...

Københavns Kommunes SundhedsTeam blev etableret pr. 1. maj 2005. Teamet består af læge Henrik Thiesen og fire sygeplejersker. Den årlige bevilling er på lidt under tre millioner kr. og dækker alle udgifter, løn, medicin, udstyr mv.

Hovedopgaven er at fungere som almindelig lægepraksis for de sværest marginaliserede borgere, men teamet arbejder med hele patientens livssituation og kan derfor også være fx bindeled til det øvrige sundhedsvæsen eller socialforvaltningen.

Teamet har ingen klinik, og indsatsen foregår derfor altid der, hvor patienten opholder sig, fx på gaden, på et botilbud eller i et værested.

Lederen Henrik Thiesen kan kontaktes på e-mail alkodoktor@dadlnet.dk

Du kan se mobilnumre på medarbejderne og læse mere om teamet på www.hjemlosesundhed.dk

Når sundhed bliver moralsk

INTERVIEW: Vi gør ondt værre for de dårligst stillede, når vi taler om livsstil og sundhed i samme åndedrag. Det siger sundhedsantropologen Pia Myrthue, der mener, at sundhedsdebatten er for ensidig.

Af redaktør Sanne Bertram, *Servicestyrelsen*



PIA MYRTHUE er master i sundhedsantropologi og har tidligere bl.a. arbejdet med lokalsamfundsudvikling, aids og udviklingsbistand. Pt. forbereder hun en ph.d. om hjemløshed og sundhed. Pia Myrthue har bl.a. skrevet *Sundhed forstået som moralsk ansvarlig livsstil*. Social Kritik nr. 110/2007

Kontanthjælpsmodtager med rygerlunger. Psykisk syg førtidspensionist, der lever af fastfood. Sygedagpengemodtager med alkoholproblemer. Det er ikke svært at finde eksempler på socialt dårligt stillede, der oven i deres øvrige vanskeligheder også slås med følgerne af en uheldig og usund livsstil.

Og dog. Eksemplerne er måske nok genkendelige, men sprogbbruken er også reducerende – og kan i værste fald gøre ondt værre. Det mener sundhedsantropologen Pia Myrthue, der er kritisk over for det, hun kalder livsstilsdiskursen.

– Det er selvfølgelig ikke alle, men der er rigtig mange eksperter inden for sundhedsområdet, der nærmest sætter lighedstegn mellem folkesundhed og livsstil. Det er diskurs, en måde at tale på, som har bredt sig fra eksperter og politikere til medierne og den brede befolkning. Selv de, der har forskellige sundhedsproblemer, har taget den til sig, siger Pia Myrthue og fortæller om en dokusoap om fedme, hvor de overvægtige deltagere optrådte skyldbetonet og sad og hang, når de var "faldet i", og var ranke og energiske, når det gik efter planen.

Hvorfor er det et problem at beskrive fx rygerlunger som en livsstilssygdom?

– Fordi sundhed er et komplekst fænomen, der kan beskrives på mange måder, og enhver måde betyder, at vi får øje på noget og overser noget andet. Livsstilsdiskursen har den ulempe, at den tenderer til at gøre sundhed til et valg. Underforstået: Man kan bare spise sine grøntsager og holde op med at ryge. Vi skal leve sundt og opføre os korrekt, det er diskursen, og den marginaliserer alle

dem, der så ikke bare kan lægge smøgerne på hylden, og hvad der ellers er tale om. Og det rammer især dem, der i forvejen er socialt dårligt stillede. Oveni deres øvrige vanskeligheder pålægger vi dem så også selv skylden for deres helbredsproblemer, og det hele får en snert af moraliseringen, siger Myrthue og fortsætter:

– Konsekvensen kan i værste fald være, at nogle vil lade være med at gå til deres læge med deres sundhedsproblemer, fordi de opfatter dem som livsstilsrelaterede. Så bliver de ikke alene set ned på, de bliver også underbehandlet, advarer hun.

– I Danmark er det middelklassen, der fylder, og derfor er det også middelklassens normer, som vi pæne mennesker vil gøre gældende for alle, når vi ser på sundhed som et udtryk for livsstil. Vi, der har ressourcerne, bestemmer, hvad der er det rigtige liv. WHO's sundhedsdefinition er betydeligt mere omfattende end livsstilsdiskursen, de definerer sundhed som "fuldstændigt fysisk, socialt og psykisk velbefindende". Det er vi ikke mange, der vil kunne leve op til!

– Nu kalder du det middelklassens normer, men der er jo en grund til dem; der er god ræson i opfordringerne til fx at skære ned på alkoholen og spise mere grønt?

– Ja! Det er der da. Jeg argumenterer heller ikke for, at man skal stoppe med at fortælle folk, at det er sundt at spise mere grønt osv. Vi skal bare være opmærksomme på to ting: Det ene er, at det er middelklassen, der tager budskaberne til sig – og ikke de socialt udsatte eller dårligt stillede, hvor behovet er størst. Og det andet er alle de andre forklaringer på den sociale ulighed i sundhed, som vi så ikke finder, fordi vi ikke interesserer os for dem. Der er en mængde faktorer, vi ikke har

ret meget blik for – fx miljøpåvirkninger, genetik, social stress, følelsesmæssige belastninger, arbejdsliv, levevilkår, betydningen af netværk.

Men hvad skal vi konkret gøre – ud over at igangsætte den forskning, du lægger op til?

– Mennesket er sådan indrettet, at det forsøger at undvige sygdom og tidlig død. Vi har ikke ret mange reelle farer i vores samfund, men der er forskellige risici, og dem vil vi så gerne minimere. Men måske skulle vi i stedet tale om muligheden for det gode liv. I stedet for at sige: "Du får svært ved at trække vejret, hvis du ikke snart holder op med at ryge", kunne vi sige: "Du får det bedre, hvis du holder op med at ryge".

Mange inden for social praksis er i dag inspirerede af teorier om empowerment, hvor der sættes fokus på borgerens ret og evne til selvbestemmelse. Er det noget, man også kunne bruge inden for sundhedsområdet, tror du?

– Nu synes jeg jo nok, at det er en empowerment light-tankegang, der bruges mange steder. Hvis man vil empowerment, så skal man virkelig være parat til at give slip og lade den anden komme til orde, siger Pia Myrthue og giver et radikalt eksempel på en empowerment i praksis: I England spurgte man på et tidspunkt en gruppe utilpassede unge, hvad der efter deres mening skulle til for at reducere kriminaliteten iblandt dem. Deres svar var, at det, der ville hjælpe, var mindre politi.

– Og det er jo fuldstændigt grænseoverskridende. Men i det her tilfælde virkede det faktisk, kommenterer hun og tilføjer:

– Måske repræsenterer empowermenttankegangen også et paradoks, for der er jo altid noget, man vil den anden. I tilfældet fra England lå målet jo sådan set også fast; det var midlet, der var til forhandling. Men for at svare på dit spørgsmål: Ja, det kunne være interessant vej at gå. Et sted at starte kunne fx være at være nysgerrige efter at forstå, hvad det er, der giver mening i den andens liv, og hvorfor. Hvis Jensen har et massivt alkoholforbrug, må det være fordi det – på hans egne præmisser – giver en form for mening.

Som om der er ild i hende

ROMANUDDRAG: "Hvad fanden ved de om, hvad der er godt for mig? Spørger de mig? Tag den medicin og den her. Skyl efter med det her".

Af Jonas T. Bengtsson

Da jeg kommer tilbage til pensionatet, er sportstasken tung af øl. Jeg har et par stykker i kroppen.

Oppe på gangen hører jeg stemmer. Døren ind til Toves værelse står på klem. Jeg sætter taksen fra mig og åbner døren. Tove sidder på stolen ved bordet. Hendes bluse er knappet skævt, håret rodet, øjnene kigger rundt, ikke helt til stede. Sofie står ved siden af hende. Toves ansigt er højrodt. Som om der er ild i hende. Hun klør sig på kinden. En bevægelse, der ikke virker helt bevidst.

"... så kan jeg vel lige så godt dø her. Hvis de er så sikre på, at jeg skal dø, og det har de bestemt sig for, det er de sikre på. Så kan jeg lige så godt..."

Toves stemme er ru, som om hun har råbt meget på det sidste.

Sofie lægger hånden på hendes skulder. Hun taler stille.

"De vil kun dit bedste, Tove, jeg er sikker på, at de kun vil hvad der er bedst for dig, Tove".

"Hvad fanden ved de om, hvad der er godt for mig? Hvad ved de om det? Spørger de mig? Gør de det? Tag den her medicin og den her. Skyl efter med det her."

"Tove, der er jo ikke nogen, der..."

Tove slår Sofies hånd væk. Hun råber hæst.

"Og du skal kraftedme ikke. Du skal ikke stå dér og..."

Sofie tager et par skridt tilbage. Det er først nu, jeg lægger mærke til Toves hvide hospitalstøj under striktrøjen. Sofie trækker en stol over, sætter sig en meter fra Tove, læner sig frem.

"Tove, du er jo ikke rask..."

"Jeg ved fandme da godt, at jeg ikke er rask. I behøver sgu ikke..."

Tove begynder at rode i striktrøjens lommer, finder en krøllet pakke Cecil frem. Hun får en bøjet cigaret i munden, men kan ikke få tændstikkerne til at fungere, hendes hænder ryster for meget. Jeg holder lighteren frem foran hende, og hun patter på cigaretten til den brænder. Ser taknemmeligt op på mig.

Sofie rejser sig.

"Skal vi ikke lave dig en kop kaffe, Tove?"

Hun nikker, tager dybe hiv af cigaretten.

"De vil bare gerne have, du ligger der og dør, og så kan de krydse dig af." Hun siger det stille, mest for sig selv.

Uddrag af: Submarino. En roman af Jonas T. Bengtsson. People's Press 2007. Uddraget bringes med forfatterens og forlagets tilladelse.

Sundhed på hjul

For få år siden var der ingen, der forestillede sig, at der kunne være behov for sundhedsarbejde på gadeplan. Men det har ændret sig både i Danmark og andre lande, og i dag kører der sundhedsbusser og mobile klinikker rundt i flere storbyer i Europa.

Af dr. med. Preben Brandt, projekt UDENFOR

Det har været, og er vel stadig, en del af velfærdstænkningen, at alle kan nyde de samme goder på de samme betingelser, også hvad angår behandling af sygdom og sikring af sundhed.

Det er vel også en af grundene til, at der for ganske få år siden ikke var nogen, der forestillede sig, at der var behov for at etablere sundhedsarbejde på gadeniveau. Sådan var det her i landet, og sådan var det i andre europæiske lande. Men det har ændret sig, og det er gået meget hurtigt. Jeg kan ikke lade være med at spørge: Hvad er det, der er sket, som har udløst denne bevægelse, som det nærmest har karakter af? Har vi ikke stadig ét system (med forskellige undersystemer), der påtager sig behandling af sygdomme – lige og frit for alle? Jo. Det har vi på papiret, men virkeligheden er måske en anden.

Begyndelsen

I 1992 blev der oprettet et frivilligt, opsøgende og gadeplansarbejdende projekt i København (se boks). Projektet rettede sig mod mennesker, der var hjemløse og led af alvorlig sindssygdom. Det blev hurtigt klart, at ingen levede på gaden uden sammensatte sundhedsproblemer, hvor psykisk lidelse kunne være en af dem. Legemlige sygdomme som følge af livet på gaden, af misbruget eller for nogles vedkommende helt uden relationer til livsvilkårene, var almindelige, men kunne ikke bare klares ved en henvisning til egen læge eller sygehus. Der gik ganske enkelt kludder i det, og kontakterne og behandlingen blev derfor alt for ofte ikke gennemført ordentligt. I 1996 etablerede Århus amt et lignende, opsøgende gadeplansprojekt,

Midtbyen, med henblik på at gøre en indsats over for de svært stillede sindslidende.

En undersøgelse i 1995 (se boks) af forholdene for hjemløse og andre massivt udsatte på Vesterbro i København – og samtidig i fem andre byområder i Europa – viste, at ubehandlede sygdomme som hjerte-lungelidelser, lidelser i bevægeapparatet og psykiske lidelser sås i et betydeligt omfang blandt denne gruppe af borgere.

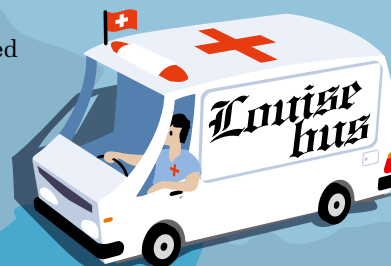
Men tiden var endnu ikke til opsøgende sundhedsarbejde rettet mod legemlige sygdomme. På en del af de institutioner, der enten husede hjemløse eller tilbød sociale indsatser over for socialt udsatte med misbrugsproblemer, var der ansat sundhedspersonale, men ingen af disse tilbud var udgående.

Udgående tilbud

Det første egentlige gadeplanstilbud i Danmark, som samlet forholdt sig til sundhed og dårligt helbred i den allerbredeste betydning, Sygepleje på hjul, blev oprettet i 1999 af projekt UDENFOR. Hovedmålgruppen var hjemløse og andre massivt udstødte med et helbredsmæssigt problem uden skelen til hvilken form for dårligt helbred, de havde, og uden at målrette indsatsen en bestemt af de undergrupper, man som regel deler socialt udsatte op i. Projektet var til stede på gaden og havde basis i en gammel, ombygget sengeambulance. Man tog sig af: "sår på fødderne i forbindelse med sko, der ikke har været af i ugevis. Eksem på benene, som har udviklet sig til store sår, fordi vask og rengøring ikke har været mulig. Årebetændelse, som har udviklet sig til små blodpropper. Infektions-

sygdomme, som ikke er blevet taget alvorligt. Tænder som gør ondt", som det hed i rapporten *Fire år efter*. Dette projekt lod sig kun gennemføre med økonomisk støtte fra en privat fond, Egmont Fonden, da der i den offentlige forvaltning ikke var interesse for den slags.

Siden 2005 er der i København og i andre større og mellemstore byer i Danmark blevet etableret forskellige



udgående sundhedstilbud. De har forskellige arbejds-metoder, som er betinget af, hvilket regi de er oprettet i, hvilke faggruppe, der er involveret, hvor de er placeret geografisk, og hvilke tilfældigheder der førte til oprettelse af aktiviteten. Men karakteristisk for dem alle er, at de har base i lokaler, som de så i større eller mindre omfang bevæger sig ud fra. De er altså nok ude en del af tiden, men har ikke en mobil base i fx en bus. Dermed bliver den enkelte sundhedsarbejder en ret neutral og diskret skikkelse i gadebilledet, der ikke er særlig synlig for dem, der skal bruge tilbuddet – og tilbuddet bliver derfor ikke præget af den nærhed, som er nødvendig for aktivitetens tilgængelighed.

Gratis og tilgængelig

I Som vi ser det, en af rapporterne om Sygepleje på hjul, skrev man for bare fem år siden, at gadesygepleje "har sin berettigelse, fordi ikke alle hjemløse søger sygepleje eller anden hjælp, selvom de har behov for det." Den begrundelse gælder også i dag, men den er langt fra tilstrækkelig. Flere undersøgelser viser, at der er en betydelig ulighed i sundhed. En ulighed, der er socialt betinget og systematisk rammer dem hårdest, som er socialt mest udsatte. Således også WHO, der i en rapport fra 2006 anbefaler, at uligheden i sundhed skal reduceres, og at dette blandt andet må ske gennem indsats, der målrettet forbedrer sundhedsniveauet for dem, der er socialt dårligst stillet. Og her spiller så enkle forhold som geografisk nærhed, let tilgængelighed og gratis adgang til alle former for ydelser, også tandlæge og medicin, en væsentlig rolle for, at sundhedsindsatsen virker i forhold til dem med det socialt betingede dårligst helbred.

Er det så ikke bare noget, der spiller en rolle i lande med stor social ulighed, hvor man skal betale for sundheds-ydelser? Nej, også i Danmark ses en betydelig social betinget ulighed i sundhed. Rådet for Socialt Udsatte har fået udført en større undersøgelse om socialt udsattes sundhed hos Statens Institut for Folkesundhed. Den viser, at der er



PREBEN BRANDT er dr. med., special-læge i psykiatri og formand for den selvejende institution projekt UDENFOR. Han er desuden formand for Rådet for Socialt Udsatte.

en betydelig, systematisk og social betinget ulighed i sundhed her i landet. (Se artiklen s. 4, red.)

Europa rundt

Behovet for en særlig indsats er den samme rundt om i Europa. I 2003 startede Fransiskushjælpens Gadearbejde det treårige projekt Sykepleie på hjul i Oslo, og i Hamborg startede Caritas i 1997 en mobil sygepleje, Die MOBILE HILFE, som stadig er kørende, og som netop er blevet suppleret med en mobil tandklinik, Das ZAHNMOBIL. I Wien har Caritas fra 2001 også involveret sig i sundhedsarbejde på gaden i form af Louisebus, en mobil sundhedsbus, som yder gratis medicinsk behandling.

Helt ned i detaljerne er der praktisk taget tale om det samme tilbud: I København, Oslo, Hamborg og Wien har man alle steder brugt den samme type bil og personale med samme erfaring og uddannelse. Også de modeller, der er arbejdet efter, er de samme. Medarbejderne er til stede for umiddelbar kontakt ude i gaden – dér, hvor de, der har brug for dem, befinder sig – og har tilbudt såvel behandling som skadesreducerende foranstaltninger.

Der bliver ikke mindre brug for den slags arbejde i fremtiden, og det ville være en værdifuld indsats at investere i opsøgende sundhedstilbud på gaden, hvor indsatsen reelt er til stede, synlig og let tilgængelig. Men det må indebære, at der også ses på, hvordan og hvad der virker, og sikre, at tilbuddene er bygget op, så de kan levere den nødvendige kvalitet.

LITTERATUR:

Preben Brandt: Proposal for a social psychiatry theory based on experiences from a programme for the homeless mentally ill. Nord J Psychiatry 1996;50 Suppl 37:55-60. Oslo. 1996

Sygepleje på hjul: Fire år efter. Projekt UDENFOR 2003

Margaret Whitehead & Göran Dahlgren: Concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO, Regional office for Europe. 2006

Sygepleje på hjul: Som vi ser det. Projekt UDENFOR 2003

Preben Brandt: Preliminary survey: "Homeless mentally ill. Mental health – Social exclusion/ SMES 1995. Ikke offentliggjort.

SUSY-udsat: Sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte i Danmark. Statens institut for Folkesundhed. Rådet for Socialt Udsatte 2008



Udsatte vil gerne ændre vaner

"Hvordan har De det?" Det spørgsmål er blevet stillet til 22.000 borgere i Region Midtjylland. Undersøgelsen, der er gennemført af sundhedskonsulent Finn Breinholt Larsen, dokumenterer, at udsatte og kortuddannede har en mere usund levevis end de bedre stillede, men også, at mange af dem gerne vil ændre vaner. Gruppen af psykisk syge er faktisk lidt mere

motiverede end resten af befolkningen. Fx vil 69 % af de psykisk syge gerne være mere fysisk aktive mod 65 % af de øvrige. Og når det gælder overvægt, er det 30 % af de psykisk syge, der er moderat overvægtige, som gerne vil tabe sig. Blandt de øvrige moderat overvægtige ønsker kun 21% at tabe sig.

– Motivationen er der altså: Det er de effektive tilbud, vi mangler. Og vel at mærke tilbud, der fanger folk, dér, hvor de er, og hvor det er naturligt for dem at være med, siger Finn Breinholt Larsen til Ugeskrift for læger.

Kilde: Tillæg til: Ugeskrift for læger nr. 47/2007.

Festival for ex-misbrugere

Igennem årene har mange stofafhængige formået at vende deres situation og skabe sig en tilværelse uden stoffer. Nu skal deres eksempel indgyde andre udsatte håb og inspiration.

Med det for øje har et stort antal af tidligere stofafhængige sat sig for at mobilisere deres netværk af ligesindede til festdagen X-stival, der bl.a. byder på en alternativ stærkmandskonkurrence, masser af musik og god forplejning.

X-stival afholdes i forbindelse med sportsarrangementet X-games 2008, som arrangørerne forventer bliver den hidtil største idrætsbegivenhed for socialt udsatte i Danmark. Både X-stival og X-games afholdes i Odense Idrætspark den 26. juli 2008.

X-stival og X-games er arrangeret af et netværk, der bl.a. tæller Landsforeningen af VæreSteder. Læs mere på www.x-stival.dk og www.x-games2008.dk

Vidste du...?

For et år siden fik indsatte i landets fængsler garanti for at kunne modtage behandling for stof- eller alkoholmisbrug under afsoningen. Siden da er 10 % af samtlige fængselspladser omdannet til behandlingspladser, og flere end 1.000 indsatte er gået i gang med et behandlingsforløb. Det gør Kriminalforsorgen til et af landets største udbydere af misbrugsbehandling.

Kilde: Kristeligt Dagblad 5. maj 2008.

Mangler overskud

Især blandt kontanthjælpsmodtagerne er der mange, der oplever deres hverdag som meningsløs, og det betyder, at de ikke har overskud til at interessere sig for deres sundhed. Sundhedsfremmende tilbud til målgruppen skal derfor være enkle, billige og let tilgængelige for at fungere. Dette fremgår af en rapport om sundhed blandt mennesker uden for arbejdsmarkedet. Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af SFI.

Også ensomhed er et stort problem for mange af interviewpersonerne, der fortæller, at de vil opleve det som motiverende, hvis tilbuddene også byder på et velfungerende, socialt samvær.

Rapporten afsluttes med en række gode råd og idéer til det sundhedsfremmende arbejde for socialt udsatte borgere. Rådene strækker sig fra en advarsel mod at fokusere ensidigt på fysisk sundhed på bekostning af socialt

velvære til et råd om at klæde medarbejderne fagligt på til arbejdet med borgernes sundhed.

Rapporten, der er skrevet af L. Thorsager og M. Schneider, har titlen *Socialt udsatte borgeres sundhed. Barrierer, motivation og muligheder*. Den kan downloades på www.sfi.dk



Når flæsketeg er sundt

For nogle socialt udsatte kan idræt være det, der giver lyst til forandring og et andet, sundere og bedre liv. Men det er de små skridts vej, og sundhed må tænkes meget bredt. Det mener Cliff Kaltoft, sekretariatsleder i Landsforeningen af Væresteder.

Af redaktør Sanne Bertram, Servicestyrelsen

Den etablerede idrætsverden har svært ved at rumme socialt udsatte grupper. Den er for rettet mod eliten, eller har i al fald i realiteten et minimumsniveau, der er for højt for mange, som fx har – eller har haft – et misbrug af alkohol eller stoffer.

Det er i hvert tilfælde oplevelsen i Landsforeningen af Væresteder, der derfor for et par år siden tog initiativet til at etablere Dansk Væresteds Idræt, DVI. Her kan brugerne dyrke idræt på egne præmisser, og det går øjensynligt strygende.

– Jeg tror, vi nu er oppe på 37 klubber og langt over tusind medlemmer. Omkring halvdelen af alle værestederne har brugere, der har deltaget i nogle af vores arrangementer. Det har langt overgået vores forventninger, siger Cliff Kaltoft, der er sekretariatsleder i LVS.

Det umiddelbare mål med DVI er at skabe muligheder for, at alle socialt udsatte kan dyrke idræt. Men der er også et videre sigte med de mange nye idrætstilbud fra cykling og fodbold til bueskydning og pilates.

– I LVS har vi et overordnet mål med alt, hvad vi laver, nemlig at skabe lyst til forandring. Det kan være meget forskelligt, hvad der "trigger" den enkelte, arbejdsmarkedstilknytning, social opkvalificering, idræt. Vi tror, at den stærkeste motivering ligger i, at man får det bedre – det giver lyst til at få det endnu bedre! Og her kan idræt være det, der sætter processen i gang, siger Cliff Kaltoft.

Sundhed på hovedet

Sundhed forbindes ofte med netop motion – og så sund kost, nul røg og et begrænset alkoholforbrug. Men når det gælder brugerne af landets væresteder og varmestuer, er det nogle gange nødvendigt at vende tingene lidt på hovedet, mener Cliff Kaltoft.

– Vores sundhedsbegreb er meget, meget bredt. For nogle af vores brugere er fx bare det at begynde at spise

regelmæssigt et stort skridt fremad – om det så er flæsketeg hver dag. Det, der hos normalbefolkningen kan være grundstenen til at have det dårligt, kan være et holdpunkt i en kaotisk hverdag for vores brugere. Jeg har hørt sindslidende fortælle, at det eneste normaltidspunkt i deres liv – der, hvor de ikke hørte stemmer og så folk, der kravlede ud af væggene – det var, når de satte sig ned og tændte en cigaret. Og så vil det jo være helt bagvendt at tage smøgerne væk, fremhæver han og gør opmærksom på, at mange af de traditionelle argumenter for en sundere levevis preller af på netop de allerdårligst stillede. Fx er der ikke megen ræson i at påpege, at de risikerer at dø i utide:

– Ofte har de mennesker det så elendigt, at det overhovedet ikke er nogen trussel at sige: "Så bliver du nok ikke 82". Det vil tværtimod være deres værste mareridt, hvis de skulle leve så længe! Så er det meget mere motiverende, hvis man fx oplever, at man måske kunne blive bedre til at spille fodbold, hvis man holdt op med at ryge eller drak mindre, siger Cliff Kaltoft og understreger:

– Det er de små, små skridt, der tæller. At man måske kan få det en lille smule bedre hver dag.

Landsforeningen af Væresteder (LVS) arbejder for at støtte etableringen af landets væresteder og forbedre deres vilkår. Medlemsskaren udgør over 100 væresteder med kontakt til op mod 12.000 brugere, som ofte er mennesker med et aktuelt eller tidligere misbrugsproblem. Se også artiklen s. 20.

LVS arbejder løbende med forskellige sundhedsprojekter. I 2006 tog de initiativet til stiftelsen af Dansk Væresteds Idræt i kølvandet på cykelløbet "Tour de udsat", der gav deltagerne mod på at lave flere idrætsaktiviteter.

Læs mere på www.vaeresteder.dk og www.ivid.dk

Ambassadører på banen

INTERVIEW. Fodbolden er et frirum, hvor man både kan slippe problemerne og få sved på panden. Men man skal sgu også opføre sig ordentligt og vise, at selvom man har haft et stofmisbrug, behøver man ikke at være udblæst. To brugere af værestedet Clean House fortæller.

Af redaktør Sanne Bertram, Servicestyrelsen

”Kast ikke skodderne ned fra gangbroen”, lyder opfordringen på døren.

Og rent, det er der i mere end én forstand i værestedet Clean-House, der hedder sådan, fordi det er et stoffrit værested for mennesker, der har haft et stofmisbrug, men i al fald lige nu er clean. Alkohol er heller ikke tilladt, for har man haft problemer med det ene, har man det som regel heller ikke nemt med det andet, forklarer Nicolai Raga Nordstjerne, der er stedets daglige leder. Smøgerne er der plads til endnu, men kun i særlige rum bag lukkede døre, og ellers er det så ud på gangbroen.

Raga ved, hvad han taler om. I dag er det årevis siden, han selv lagde stofmisbruget bag sig, og han har for længst fået kød på kroppen. Men tidligere vejede han 45-46 kg, fortæller han, mens vi står i det velforsynede motionsrum, hvor brugerne både kan få pulsen i vejret og muskelmassen bygget op.

Køkkenet får jeg også at se. Det ser nyt og meget ordentligt ud, men kunne godt bruges mere, erkender Raga. Det skorter ellers ikke på opfordringer til brugerne, hvoraf nogle kommer som frivillige vagter om aftenen. – De kan så få en 50'er hver til en pizza, men vil de selv lave chili con carne eller noget andet, så får de det de skal bruge, og det er der også nogle, der benytter sig af. Det kommer sådan lidt efter lidt, siger han og tilføjer, at de også har planer om at få en ernærings ekspert ud at fortælle om gode madvaner.

Glemmer problemer

Sundheden er nemlig på mange leder i fokus her på Clean House, hvor et par af de regelmæssige gæster, Johnni og Michael, har sagt ja til at mødes med UDSAT. To store, velbyggede fyre at se til, begge i 30'erne og med et tidligere stofproblem. For dem er det især stedets fodboldhold, der trækker. Der er et godt sammenhold, og ”vi er lige tossede alle sammen”, som de udtrykker det. Begge har også altid godt kunnet lide fodbold, og sundt er det jo også – og ikke bare fysisk.

– Hvis jeg nu har nogle helvedes problemer, så glemmer jeg det, imens jeg spiller, forklarer Michael, der engagerer sig fuldt og helt, når han spiller. – Jeg vil sgu vinde! Der skal sved på drengen, siger han.

Michael arbejder i et nedrivningsfirma, men har nu også fået en frivillig bibeskæftigelse i Clean House, hvor han har overtaget Ragas funktion som træner og holdleder. Det giver en del ekstra arbejde og kan også være stressende, når folk fx melder fra i sidste øjeblik til en kamp. Alligevel fortryder han ikke. Han får god respons fra spillerne, og der er en gensidig respekt imellem dem.

– Jeg får arbejdet lidt med min rummelighed, mit temperament. Jeg er et meget temperamentsfuldt menneske, siger han med et stort smil, men man kan godt høre, at han mener, hvad han siger.

God energi

Johnni, der er uddannet bager og også er i job, har tidligere spillet i en ”rigtig” klub, men foretrækker nu værestedets alternative hold.

– Her kan man være, som man er. Vi har samme problem, hvis man kan sige det sådan. Selv om vi alle er clean nu, kan vi ikke tage en bajer efter træningen. Det er rart, at man ikke skal forklare den slags, siger han og tilføjer, at det at spille giver ham energi. – I dag skal vi fx ud at spille kamp. Det glæder jeg mig til, siger han.

Som stofmisbruger – forhenværende eller aktive – er man et stemplet folkefærd, oplever han. Derfor mener han også, at der er et videre perspektiv med fodbolden, og når de er ude med holdet, er det bare om at opføre sig ordentligt.

– Vi er ambassadører. Vi skal vise andre, at vi ikke helt udblæste i hovedet, understreger han.

Hvad er sundhed for jer?

– At man er lidt bevidst om, hvad man spiser. Jeg kan godt lide god mad, men også grønt. Og så skal man have

Clean-House er et være- og aktivitetssted i Nordvest i København. Formålet med stedet er at tilbyde et uformelt, stoffrit fællesskab, der samtidig kan støtte brugerne i at forblive stoffri. Blandt tilbuddene er ture, børnedage, netcafe og koncerter. Clean-House har særligt fokus på sundhed og er medlem af Dansk Væresteds Idræt.

Læs mere om Clean-House på www.kris-danmark.dk

noget motion, påpeger Michael, mens Johnni kort og godt siger: – Det er alt det, jeg *ikke* gør! Jeg er grillmandens bedste kunde... Jeg ville da gerne spise noget andet, men jeg blev skilt for nogle år siden og bor alene. Så er det svært at tage sig sammen til at lave noget ordentligt.

En dag ad gangen

Raga har fortalt, at 95 % af brugerne i værestedet er rygere, og Michael og Johnni er ingen undtagelser.

– Min drøm er selvfølgelig at stoppe, men det bliver ikke lige nu. Der sker alt for meget andet i mit liv, siger Michael.

Johnni vil også gerne kvitte smøgerne. Ikke så meget fordi det er usundt for ham selv, for det tænker han ikke så meget på. Men han vil gerne stoppe af hensyn til sin datter. – Og så er det ulækkert, føjer han til.

Hvor er I henne om to år? Eller fem?

– Jeg vil gerne kunne drikke nogle bajere i hyggeligt selskab, siger Johnni og griner, mens Michael joker med, at der vist bliver en ledig stilling som landsholdstræner.

Men egentlig synes ingen af dem, at spørgsmålet giver rigtig mening. De kunne godt sidde og sige en masse om villa og volvo og familieliv, for som alle andre har de deres drømme. Men erfaringen har lært dem at lade være med at se for langt frem i tiden. Michael har været i behandling fem gange, Johnni kun én, for sidste gang gjorde han sig selv clean, så det tæller ikke rigtigt. Men fælles er de om at have taget mottoet fra AN, Anonyme Narkotikamisbrugere, til sig: Én dag ad gangen.

Imens spiller de fodbold og passer deres arbejde. Og viser verden, at man ikke behøver at være blæst, fordi man i perioder har haft et stofmisbrug.





Sundhedsrisici ved prostitution

Der findes mange hypoteser om fysiske skadevirkninger af prostitution, og en del prostituerede fortæller om gener og smerter. Men vi mangler sikker viden om de præcise sammenhænge.

Af projektmedarbejder Lotte Rasmussen og faglig koordinator Majken Wiingaard, Servicestyrelsen

MAJKEN WIINGAARD er socialrådgiver og cand.scient.soc. og er ansat som faglig koordinator i Servicestyrelsen, hvor hun arbejder med prostitutionsområdet. Hun har desuden særlig viden om metoder i socialt arbejde.

LOTTE RASMUSSEN er uddannet sygeplejerske og er midlertidigt tilknyttet Servicestyrelsen. Hun har tidligere bl.a. arbejdet på handicapområdet.

Prostitution er et emne, som mange har en mening om – blandt fagfolk såvel som i befolkningen generelt. Der findes på nuværende tidspunkt en del viden om hvilke konsekvenser, det kan få at prostituere sig, men der er også meget, der endnu ikke undersøgt. Det kan føre til, at hypoteser og teorier bliver til ”fakta” og ”viden”, som vi ubevidst reproducerer. I Servicestyrelsen har vi derfor sat en del af det, man mener at vide om prostitution, under lup, bl.a. ved at gennemgå eksisterende undersøgelser og deres metodiske grundlag.

Helt konkret er vi ved at foretage en opsamling af, hvilke risici danske kvinder, der prostituerer sig på massage-

klিনikker, udsættes for. Undersøgelsen vil kortlægge både fysiske, psykiske og sociale risici samt hvilke faktorer, der kan fastholde kvinder i prostitution. I første delundersøgelse, der foreløbigt baserer sig på et litteraturstudie samt interview med socialarbejdere og sygeplejersker på prostitutionsområdet, belyses de fysiske risici.

Begrænset smitte

Indtil videre tegner der sig et billede af, at kvinder, der prostituerer sig på massageklinik, generelt er rigtigt gode til at beskytte sig selv mod seksuelt overførte sygdomme. Langt de fleste bruger således kondom, når de har sex med deres kunder. Danske undersøgelser bekræfter, at smitte med kønssygdomme inden for denne del af prostitutionsområdet er begrænset. Både oplysninger fra opsøgende socialarbejdere og udveksling af indbyrdes erfaringer de prostituerede imellem kan være vigtige informationskilder og have stor betydning for det forebyggende arbejde med bl.a. at reducere smitte.

Undersøgelsen viser desuden, at prostituerede kan have forskellige smerter og gener i underlivet, som i sig selv kan være ubehagelige nok. Vi ved ikke, hvorvidt disse symptomer optræder med større hyppighed hos kvinder i prostitution end hos kvinder i normalbefolkningen, og om generne kan relateres direkte til prostitution.

Venerologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital i København, tlf. 35 31 31 80, har opfundet et "VIP-kort", som sikrer prostituerede hurtig adgang til behandling af kønssygdomme.

På klinikken kan man blive undersøgt anonymt og få rådgivning og vejledning om kønssygdomme og HIV. Alle kan henvende sig uden henvisning, og der skal ikke bestilles tid i forvejen.

Kompetencecenter Prostitution, der hører under Servicestyrelsen, giver gratis rådgivning til prostituerede om både sociale forhold og andre spørgsmål. Læs mere på www.kcprostitution.dk Centret er i øvrigt på vej med en folder til prostituerede om kønssygdomme mv.

I både den danske litteratur om prostitution og i vores interview med socialarbejdere nævnes bl.a., at prostitution kan medføre risiko for slidgigt i ryg og albuer. Denne sammenhæng har vi dog ikke kunnet finde dokumentation for. Det kunne i denne forbindelse være interessant at se nærmere på, om de kvinder, der prostituerer sig, har et dårligere helbred end befolkningen generelt, og om forklaringen på dette ligeså vel kan findes i deres almene livssituation som i selve prostitutionen.

Hypoteser

Vores foreløbige undersøgelsesresultater tyder på, at der mangler dokumentation for, at danske kvinder som prostituerer sig på massageklinikker, er særligt udsatte for alvorlige, kroniske fysiske følgevirkninger. Det udelukker imidlertid ikke, at der kan være psykiske risici forbundet med prostitution, som kan give sig udtryk i psykosomatiske lidelser, fx i form af smerter. En større viden om en sådan mulig sammenhæng vil givet være frugtbar.

Generelt er det meget begrænset, hvad der findes af vel-dokumenteret forskning om helbredsrisiciene for danske kvinder, der prostituerer sig på massageklinikker. Meget af den tidligere viden på området har således mere haft karakter af hypoteser, der bør undersøges nærmere.

Større indsats for forebyggelse

Usund kost, for meget røg og alkohol og for lidt motion. De fire KRAM-faktorer er årsag til 40 % af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Det er baggrunden for regeringens forebyggelseskommission, der bl.a. skal have fokus på mindre ressourcestærke grupper.

Af redaktør Sanne Bertram, Servicestyrelsen

KRAM lyder varmt og rart. Men ordet bruges i dag også som en hurtig betegnelse for de fire faktorer, der vurderes at være årsag til ca. 40 % af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Nemlig uhensigtsmæssig Kost, Røg, for meget Alkohol og for lidt Motion.

Det er regeringens mål, at den gennemsnitlige levetid skal forlænges med tre år over de næste ti år. Her i foråret er derfor nedsat en hurtigt arbejdende forebyggelseskommission, der skal analysere og fremsætte forslag til en styrket forebyggende indsats. Den usunde livsstil er især udbredt blandt de mindre ressourcestærke grupper, pointeres det i kommissoriet, og der skal derfor ikke mindst være fokus på forebyggelsesindsatsen i forhold til disse målgrupper.

Opgaverne

Mere præcist skal kommissionen bl.a.:

- Analysere hvilke sundhedsmæssige udfordringer samfundet står over for i dag og på baggrund heraf vurdere, hvilke indsatsområder der fremover bør prioriteres. I denne prioritering skal der også tages hensyn til, at den enkeltes personlige ansvar for egen sundhed styrkes.
- Komme med forslag på et dokumenteret og omkostnings-effektivt grundlag, der kan styrke den forebyggende indsats, især med fokus på mindre ressourcestærke grupper.
- Undersøge konsekvenserne af differentieret moms, hvor momsen på frisk frugt og grønt sættes ned.
- Kortlægge og vurdere virkningen af allerede eksisterende ordninger med henblik på omprioritering og målretning af eksisterende initiativer og nye forslag.

Direktøren for Anvendt Kommunalforskning (AKF) Mette Wier er udnævnt til formand for kommissionen. Minister for sundhed og forebyggelse Jakob Axel Nielsen har desuden udpeget ni øvrige medlemmer. Kommissionen skal være færdig med sit arbejde i begyndelsen af 2009.



Sundhedsformidling til etniske mindretal

Nogle grupper blandt landets etniske minoriteter kan være svære at nå med de gængse forebyggelsesindsatser. Netværksstrategier kan være en alternativ måde at komme i dialog på.

Af redaktør Sanne Bertram, Servicestyrelsen

Indvandrere og deres efterkommere fra ikke-vestlige lande udgør ca. 7 % af befolkningen. Der er tale om en meget sammensat gruppe, men samlet set er der mange iblandt, som ikke har så stort udbytte af de gængse, brede indsatser for forebyggelse og sundhedsfremme. Samtidig viser undersøgelser, at etniske mindretal på nogle punkter har flere sundhedsproblemer end befolkningen som helhed. Det gælder bl.a. type 2 diabetes, depression, muskelskeletsygdom og astma.

Det er baggrunden for en ny udgivelse fra Sundhedsstyrelsen med idéer til, hvad kommunerne kan gøre for at udvikle deres sundhedsformidling til socialt udsatte, etniske grupper.

Her er både information om, hvad der i almindelighed får folk til at ændre adfærd og bredt anvendelige strategier til sundhedsformidling. Der er også forslag til mere specifikke tiltag, hvor man målrettet går efter at nå bestemte etniske minoriteter. Blandt disse er netværksstrategier.

HVIS DU VIL VIDE MERE...

Forebyggelse og sundhedsfremme blandt etniske minoriteter – inspiration til kommunen. Udarbejdet af Helle Samuelsen og Anne Birgitte Ravn for Sundhedsstyrelsen (2008).

Forskningen om etniske minoriteters sundhed i Danmark er sparsom, men undersøgelser viser bl.a., at der kan være forskelle både i sygdomsmønstre og i brugen af sundhedsvæsenet. Se fx N.B. Folmann og T. Jørgensen: Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet, et registerstudie. Sundhedsstyrelsen 2006.

Statens Institut for Folkesundhed har igangsat en række initiativer, som på længere sigt kan være med til at forbedre den folkesundhedsmæssige indsats over for etniske minoriteter i Danmark. Læs mere på www.sif-folkesundhed.dk

Fordele og ulemper

Idéen med netværksstrategier er, at man formidler til en bestemt gruppe mennesker via de kanaler eller sammenhænge, som gruppen kender i forvejen. Det kan fx være nære netværk som slægt og venner eller mere formaliserede netværk som en forening eller sprogskole. Der kan også være tale om miljøer i lokalområdet eller udvalgte medier (fx en indvandreravis).

Uanset hvilken netværksstrategi, der vælges, er det en pointe, at man kan få gode muligheder for at komme i dialog med folk på deres præmisser. Det gælder ikke mindst, hvis man inddrager sundhedsformidlere eller ambassadører, der selv er en del af netværket, eller i al fald tilhører et etnisk mindretal, som målgruppen kan identificere sig med. De kan fungere som rollemodeller, der kan være med til at skabe motivation for at ændre handlinger, fx i forhold til rygning og motion. De vil ofte også have et særligt kendskab til målgruppen og dens behov for sundhedsformidling, og de kan være med til at gøre det socialt acceptabelt at tale om ellers tabuiserede sundhedsspørgsmål.

Der er dog også særlige udfordringer ved at bruge netværksstrategier. Fx er det helt afgørende at vide, om den gruppe, man ønsker at få kontakt til, overhovedet indgår i et minoritetsnetværk og identificerer sig med det. Det er ikke alle! Basalt er det også, at det er den helt rigtige (del)målgruppe, man får fat i, fx i forhold til køn, alder, national baggrund og uddannelses- og vidensniveau.

Flere strategier

Netværksstrategier er blot en af fire, der nævnes i inspirationskataloget. De øvrige hovedstrategier er træning af sundhedsprofessionelle, målrettede informationsmateriale og målrettet rådgivning. Ved alle strategier gennemgås både fordele og udfordringer, og der gives gode råd og meget konkrete forslag til, hvordan man kan komme i gang. Endelig rummer kataloget en slags vejviser til, hvordan man kan finde frem til, hvilken strategi der passer i netop den aktuelle situation, man står i.

Litteratur og links til hele temaet

Social ulighed

At prioritere social ulighed i sundhed – analysestrategi og resultater i Københavns Kommune. Af Finn Diderichsen o.a. Københavns Kommune, 2006

Fordeling og levevilkår. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. 2007.

Brugernes sundhedsvæsen: Oplæg til en patientreform. Ved Mandag Morgen / Innovationsrådet et al. 2007.

Social ulighed i sundhed: Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet. Sundhedsministeriet. Delrapport fra Middellevetidsudvalget, 2. Nyt Nordisk Forlag, 2000.

Ulighed i sundhed. Tillæg til Ugeskrift for læger nr. 46/2007

Social ulighed i sundhed. Indtryk fra en studietur. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002.

Socialt udsatte

Hvad ved vi om de socialt udsattes sundhed? Rådet for Socialt Udsatte småskriftsserie nr.6/2007.

SUSY UDSAT Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark. Af Pia Vivian Pedersen. Statens Institut for Folkesundhed for Rådet for Socialt Udsatte, 2008.

Socialt udsatte borgeres sundhed. Barrierer, motivation og muligheder. Af Linda Thorsager og Mia Schneider. Udg. af SFI for Sundhedsstyrelsen. 2007

Etniske minoriteter

Indvanderes sundhed og sygelighed. Opgørelse af behandlingsrater (2002). Sundhedsstyrelsen 2005.

Forebyggelse og sundhedsfremme blandt etniske minoriteter – inspiration til kommunen. Sundhedsstyrelsen 2008.

Kommunernes indsats

Rundt om forebyggelses- og sundhedscentre. Muligheder og barrierer for udvikling af forebyggelses- og sundhedscentre i Danmark. Af Henrik Winther SFI 07:17, 2007

Borgerrettet forebyggelse og lighed i sundhed – planlægning af forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper. Sundhedsstyrelsen 2007.

Sundhed og udsatte borgere – inspiration til kommunen. Sundhedsstyrelsen 2007.

Filosofi, politik og debat

Socialpolitik og folkesundhed. Af Finn Diderichsen. In: Social Politik nr.3/2003 (temanummer om folkesundhed).

Sundhed forstået som moralsk forsvarlig livsstil. Af Pia Myrthue. In: Social Kritik nr. 110/2007

Sundhedsbegreber – filosofi og praksis. Af Uffe Juul Jensen og Peter Fuur Andersen. Philosophia 2005

Diverse

En kvantitativ undersøgelse af fattigdom i Odense Kommune. Af J. Gundgaard. CAST-Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, 2007.

Hvordan har De det? Sundhedsprofil for region og kommuner. Region Midtjylland 2006.

Links

www.ugeskriftet.dk Ugeskrift for læger. Temanumre og enkeltartikler om social ulighed i sundhed mv.

www.sst.dk Sundhedsstyrelsen. Statistik og publikationer om bl.a. forebyggelse og sundhedsfremme.

www.kram.dk KRAM-undersøgelsen. Stor, statslig undersøgelse af hvilken betydning, livsstilsfaktorerne kost, rygning, alkohol og motion har for folkesundheden.

www.si-folkesundhed.dk Statens Institut for Folkesundhed. Med bl.a. publikationer og adgang til databasen over de store befolkningsundersøgelser af danskernes sundhed og sygelighed, SUSY.

Se også boksene til de enkelte artikler.

Voldsramte kvinders arbejdsliv

Det er ofte en langvarig proces for en voldsramt kvinde at blive fri af volden. Undervejs kan det være relevant for sagsbehandleren også at se på kvindens arbejdsliv og den støtte, hun kan have brug for.

Af konsulent Janne Schacke, Servicestyrelsen



JANNE SCHACKE er uddannet cand. scient.soc. og har siden 2007 været ansat i Servicestyrelsen, hvor hun bl.a. arbejder med områderne stofmisbrug og partnervold.

Arbejdslivet er sjældent det første, man tænker på, når man som sagsbehandler har kontakt med en kvinde, der er udsat for partnervold. Det helt centrale vil oftest være at hjælpe kvinden til at komme ud af det voldelige forhold. Men samtidig skal man ikke glemme, at det af mange grunde kan være en langvarig proces for kvinderne at komme (helt) fri af volden. Derfor er det vigtigt at have blik for andre aspekter af kvindens liv, herunder også, om hun har brug for hjælp for at kunne passe et arbejde eller et aktiveringsforløb. Og det er der mange voldsramte, der har, viser en undersøgelse, Servicestyrelsen er på vej med.

Problemerne

De arbejdsproblemer, kvinderne kan have omkring en voldelig partner kan være mangeartede, og afhænger bl.a. af voldens karakter, og om hun stadig er partner med voldsudøveren, har forladt ham eller er på vej til det.

Er hun stadig i forholdet, kan det fx være svært at møde på arbejdet om morgenen, hvis partneren natten forinden har været voldelig. Det kan være, at kvinden ikke får nok søvn, at hun har fået tydelige mærker, eller at hun så rystet, at hun ikke kan samle sig om sine arbejdsopgaver. Generelt kan volden og dens psykiske følger betyde, at kvinden har svært ved at koncentrere sig om arbejdet, og det kan være vanskeligt at snakke med kollegerne, hvis man ikke har lyst til at involvere andre i sine problemer derhjemme. Derudover kan det være et problem, at partneren er meget kontrollerende og fx forstyrrer kvinden hyppigt pr. telefon og mail.

Har kvinden forladt manden, kan den psykiske såvel som den fysiske vold stadig forekomme. Det kan være i form af forfølgelse til og fra jobbet, eller at han opsøger hende, mens hun er på arbejde og truer eller generer hende.

Hvad kan man gøre?

Problemerne kan medføre, at kvinden langtidssygemelder sig og måske i sidste ende mister sit job. Men der er

mange muligheder for at hjælpe både på arbejdspladser og hos sagsbehandlere.

Arbejdspladserne kan tilbyde forskellige former for støtte og hjælp fx nedsat arbejdstid, betalt arbejdstid ved fravær på grund af retsmøder, psykologbehandling eller screening af mails og telefon. Mange arbejdspladser kender dog ikke til mulighederne. Her kan en sagsbehandler fra et jobcenter eller sygedagpengekonto være behjælpelig med at finde frem til, hvilke løsninger der kan være relevante for den enkelte kvinde.

I jobcentrene handler den allerførste indsats om overhovedet at identificere problemet og indlede et samarbejde med de sociale enheder i kommunen. Også samarbejde med eksterne aktører som læge og krisecenter vil ofte være relevant.

Det er som nævnt ofte en længere proces at hjælpe kvinder, der er udsat for partnervold, og de skridt, der tages til en aktiveringsindsats – eller hjælp til at fastholde et arbejde – må afpasses efter, hvor i processen kvinden er. Fx er det vigtigt at have for øje, at selv om en kvinde ikke umiddelbart kan aktiveres, skal man sikre sig en jævnlig kontakt til hende, da hun uden aktivering vil blive endnu mere isoleret i hjemmet. Og dermed – formentlig – også vil få sværere ved at blive fri af volden.

HJÆLP OG MERE VIDEN

Hotline for voldsramte: tlf. 70 20 30 82

Servicestyrelsen er på vej med en undersøgelse om voldsramte kvinders tilknytning til arbejdsmarkedet. Samtidig med rapporten udgives en folder til sagsbehandlere i jobcentre og sygedagpengekontorer. Kontakt konsulent Janne Schacke jsc@servicestyrelsen.dk

Du kan også få mere viden på www.voldmodkvinder.dk, der bl.a. har materiale til fagpersoner, og på hjemmesiden for Landsforeningen af kvindekrisecentre www.lokk.dk.

Medspil og modspil

Der er inspiration at hente i ny bog om potentialer i socialt arbejde. Men letlæst er den ikke.

Af daglig leder Dorthe Wichmand Müller, AIDA, socialt dagbehandlingscenter for spiseforstyrrelser

De tre forskere, Leena Eskelinen, Dorte Caswell fra Anvendt Kommunal Forskning (AKF) og Søren Peter Olesen, Den Sociale Højskole i Aarhus, er gået sammen om at skrive om potentialer i social praksis. Det er blevet til en bog med tyngde, ikke i sider, men i faglighed.

Forfatterne retter blikket mod, hvordan socialt arbejde bliver til som en professionel praksis gennem socialarbejderens samspil med klienten, hinanden og andre aktører. Normalt vidensbaseret socialt arbejde lægger vægt på brugen af den bedste tilgængelige viden. Bogen her, derimod, undersøger, hvordan viden produceres eller konstrueres i dagligdagens klientarbejde. Viden og fakta i socialt arbejde er relative, ikke-entydige størrelser, der er tæt knyttet til den givne kontekst, fremhæves det.

Og netop det er der også nogle særlige muligheder i, mener forfatterne, der bl.a. ser det som et potentiale, at socialarbejderen har et eget handlingsrum for at kunne yde en indsats, der er tilpasset den enkelte klient. Et handlingsrum, der, kunne man tilføje, i dag er truet, fordi der er så meget fokus på at gøre tingene rigtigt og mindre på at gøre det rigtige. Et andet potentiale ser de i klienternes forskellighed. Dels positionerer de sig forskelligt, dels kategoriseres den samme klient forskelligt af de forskellige professionelle. Endelig ser forfatterne et potentiale i klientens modspil og medspil med socialarbejderen. Alle forskelligheder kan, hver på deres niveau, være frugtbare, fordi de kan lede frem mod en større nuancering.

Potentialer i socialt arbejde. Et konstruktivt blik på faglig praksis er absolut interessant læsning og sætter gang i en del refleksion, også hos læseren selv, over hvad social praksis egentlig er. Med sit høje teoretiske niveau må den dog siges at være skrevet mest til forskere og fx masterstuderende på de sociale højskoler. Men er man ihærdig nok, er der inspiration at hente, og de mange analyser af forskellige cases og møder gør bogen troværdig og vedkommende.



Søren Peter Olesen, Leena Eskelinen og Dorte Caswell: *Potentialer i socialt arbejde: Et konstruktivt blik på faglig praksis*. Hans Reitzels Forlag 2008. 260 sider, 325 kr.

Illusionerne skal briste

REPORTAGE. Begejstringen var tydelig blandt de godt 200 tilskuere til premieren på Servicestyrelsens film "Illusionen". Filmen formår at have en nuanceret holdning til prostitution, som lægger op til debat uden at docere, var dommen.

Af journalist Mette Engell Friis

Hun ryster lidt på hovedet, mens fingrene igen og igen foretager deres egen dans hen over tørklædets stof.

Glatte det, folder det, glatte det igen.

– Det er lidt svært at se på, hvisker Lise.

– Jeg har jo kolleger, der har haft det præcis sådan. Og jeg ved, hvor skidt de har det i dag, kommer det lidt trist og stille, inden Lise igen lader sig opsluge af filmen.

Hun var egentlig ikke indbudt i dag. Men hun gik ud fra, at det gik an at møde op alligevel, og der har da heller ikke været nogen problemer med at få et sæde blandt de hen ved 200 gæster til premieren på "Illusionen", Servicestyrelsens film om prostitution.

– Det er jo trods alt mit erhverv, det handler om, siger Lise over en kop kaffe i pausen. Lise er nemlig prostitueret. Arbejder på en klinik uden for København. Det har hun gjort i snart 12 år, og selvom hun har dage, hvor hun drømmer om at finde et mere "borgerligt job", som hun kalder det, så har hun aldrig gjort alvor af at forlade klinikken. Hun er god til det, hun gør, synes hun selv.

– Men jeg ved, at mange af mine kolleger virkelig gerne vil væk. Og mange af dem har det rigtig skidt med mændene og jobbet. De ved bare ikke, hvordan de skal komme ud af det. Eller rettere: De ved ikke, hvordan de skal klare sig, hvis de dropper prostitutionen, forklarer Lise.

Og netop derfor er hun så glad for at være på Den Sociale Højskole på Frederiksberg netop i dag, hvor "Illusionen" for første gang bliver vist for ministre og fagfolk.

– Jeg synes virkelig, det er en god film. Den er ikke fordømmende, og den giver et godt indblik i, hvordan tre forskellige piger har det. Jeg har det rigtigt godt med, at den skal bruges til undervisning af socialrådgivere, psykologer og politifolk, fordi jeg tror, den kan give dem et andet billede af os, siger Lise.

Og at dømme efter reaktionerne efter filmen, er det netop det, den har gjort.

Serviceminded og omstillingsparat

Tre socialrådgiverstuderende har slet ikke tid til at holde kaffepause, da lyset bliver tændt efter 35 intense filmminutter.

– Det er forfærdeligt, at de alle taler om, hvor svært det er at tale med de kommunale sagsbehandlere, siger den ene om de tre prostituerede, der bliver portrætteret i filmen.

– Ja, men de har garanteret ret. Jeg ville da heller ikke ane, hvordan jeg skulle reagere, hvis der kom en prostitueret til mig, siger en anden, mens den tredje tydeligvis er meget grebet af Mette fra filmen.

Mette har besluttet sig til at træde ud af prostitution, men det er ikke enkelt at hitte vej i systemerne, og hun mangler en vejleder til at hjælpe sig gennem papirdynge. Samtidig frygter Mette at skulle skrive en ansøgning, for hvordan udfylder hun et cv, når hun i syv år har arbejdet som prostitueret?

– Det er jo et forfærdeligt skisma, siger den studerende til sine kammerater.

– Men i virkeligheden burde man hjælpe hende med at skrive en ansøgning, for hun har jo nogle kvalifikationer. Eksempelvis er hun om nogen serviceminded og omstillingsparat, og selv om det lyder som en joke, så burde det da kunne udnyttes.

De tre diskuterer videre, mens salen langsomt fyldes igen til en debat om filmen.

Et trist kvindesyn

– Den har jeg lyst til at give mange varme ord med på vejen, siger velfærdsminister Karen Jespersen, som over-



Dokumentarfilmen "Illusionen" skildrer tilværelsen for tre prostituerede på massageklinikker. Kvinderne fortæller om pengene og spændingen ved miljøet, men også om de skadevirkninger, som kan opstå i kølvandet på et liv som prostitueret.

"Illusionen" er lavet af Sussie Weinold, Congo Film, og udsendes af Servicestyrelsen. Filmen henvender sig til studerende og fagfolk på social- og sundhedsområdet. Kommunale myndigheder, uddannelsesinstitutioner o.l. kan rekvirere filmen gratis hos Servicestyrelsen, tlf. 33 17 09 00.

værer forevisningen, og er begejstret over det nuancerede og ærlige billede, der kommer til udtryk i de tre hovedpersoners historier. Samtidig håber hun, at de store diskussioner om både kønsroller og prostitution, som filmen lægger op til, vil brede sig på uddannelsesinstitutionerne.

Og ikke kun på de videregående uddannelser, understreger ministeren.

– Jeg tænker på, om den ikke også burde bruges i 10. klasse. Det er jo her, at der er unge, der potentielt kunne være på vej ind i prostitution, pointerer hun.

– Prostitution er et socialt problem, og vi skal tackle det som et sådant, siger Karen Jespersen og understreger, at den samtidig er et spejl på et kvindesyn, som stikker meget dybt.

– Det viser et forhold mellem mænd og kvinder, som mange i årevis har prøvet at kæmpe imod, siger hun og ser frem til, at fremtiden vil byde på en mere samlet indsats på prostitutionsområdet.

Kriminalisering?

Spørgsmålet om kriminalisering er nærmest uundgåeligt i enhver debat om prostitution og dukker også op i dag, hvor nogle er stærkt for, og andre lige så meget imod.

Lise sætter sig helt op i stolen, da talen falder på kriminalisering. Det er det sidste, hun ønsker. Men før hun når at sige noget, har en af hendes tidligere kolleger taget ordet.

– Det er rigtig godt, at vi får denne her diskussion, siger Maj Christensen. Hun er tidligere prostitueret og har i flere år kæmpet for, at prostitueredes får ret til at blive medlemmer af en a-kasse.

– Mange har en holdning til, at bare vi kriminaliserer prostitution, så har vi løst problemet. Men det er jo helt absurd! For hvad er så konsekvensen? Eksempelvis at de kvinder, der kommer udefra, for alvor bliver forfulgt af både politiet og myndighederne, siger Maj Christensen.

Lise nikker. Så smiler hun.

– Den her film har virkelig slået hul på en byld. Nu tror jeg, vi får en diskussion med flere facetter, siger hun tilfreds.

"Lise" ønsker at være anonym, men hendes navn og identitet er redaktionen bekendt.

Halvt igennem

Ny antologi om magt og forandring har et ambitiøst sigte, men overbeviser ikke helt.

Af støtte- og kontaktperson Inger Riis Laursen, Københavns Kommune

Magt og forandring i socialt arbejde, er titlen på en ny antologi, redigeret af Maria Appel Nissen, Keith Pringle og Lars Uggerhøj. Bogens ganske store ambition er at komme skridtet videre fra nogle af de senere års mest markante bidrag til forståelse af det sociale arbejde, nemlig Margaretha Järvinens og Nanna Mik-Meyers bøger om, hvordan ulige magtforhold mellem borgere og socialarbejdere resulterer i klientgørelse.

Samtidig med, at analyserne i disse bøger anses for at være tiltrængte, kritiserer Nissen, Pringle og Uggerhøj dem for at have skabt en følelse af resignation blandt socialarbejdere. Gennem antologiens beskrivelser af forskellige forandringsprojekter vil de i stedet vise, hvordan magtrelationer kan anvendes produktivt og reflektivt. Det gøres med skiftende held.

Et positivt eksempel er kapitlet "Det bli'r i familien", hvor der fortælles om et forandringsprojekt i et botilbud for dobbeltdiagnosticerede sindslidende. Foucaults begreb modmagt bruges til at analysere magtrelationerne. Befriende vinkel – alt for ofte vil det i stedet være den kritiske beboer på institutionen, der analyseres og diagnosticeres, når han yder modstand.

Læseværdige er fx også Maria Appel Nielsens refleksioner over evidensbølgen i socialt arbejde.

Mere kritisk forholder det sig med sammenhængen. Isoleret set er der flere udmærkede kapitler – fx om sindslidende og prostitutionstruede unge – der kan være interessante for praktikere, der arbejder med de målgrupper, der skrives om. Men redaktionens overordnede tanker om produktiv magt slår ikke igennem.

Bogen berører således mange relevante, men løsrevne temaer. De enkelte forskere har fået frie hænder i stedet for at skrive ud fra et fælles teoretisk grundlag. Resultatet er desværre, at bogen ikke er så nyskabende, som der lægges op til.



Maria Appel Nissen, Keith Pringle og Lars Uggerhøj (red.): *Magt og forandring i socialt arbejde*. Akademisk Forlag, 160 sider, 199 kr.

Børn i misbrugsfamilier

Minimum 60.000 børn vokser op i en familie, hvor enten en eller begge forældre har et misbrug af alkohol. Når far eller mor drikker for meget, får hele familien symptomer. Ikke mindst børn og unge kan påvirkes meget af problemerne.

For at give kommuner og alkoholbehandlingssteder inspiration til, hvordan der kan tages hånd om disse børn og unge, har Servicestyrelsen udarbejdet et hæfte med erfaringer fra forskellige behandlingstilbud.

Der har været stor efterspørgsel efter hæftet, der kom i 1. oplag omkring årsskiftet og i et nyt oplag her i foråret. Behandlingstilbud til børn og unge i familier med alkoholmisbrug er udarbejdet af konsulenterne Birgitte Roth Hansen og Mette Lykke Lauridsen. Hæftet er gratis og kan bestilles på agu@servicestyrelsen.dk eller downloades på www.servicestyrelsen.dk under Publikationer om udsatte.



Mødre med problemer

Kvinder, der blev seksuelt misbrugt som børn, kan få særlige problemer, når de bliver mødre. Fx flashbacks til overgrebene under fødslen og vanskeligheder med at knytte sig følelsesmæssigt til deres børn. Det fremgår af en ny rapport, *At blive mor. Misbrugte kvinders problemer og behov for hjælp* fra Servicestyrelsen. Rapporten er baseret på en kvalitativ undersøgelse blandt 11 mødre mellem 18 og 45 år, som alle har været udsat for overgreb i barndommen. Luise Moustgaard Frandsen har stået for undersøgelsen og skrevet rapporten. Den er gratis og kan bestilles på agu@servicestyrelsen.dk eller downloades på www.servicestyrelsen.dk under Publikationer om udsatte.

Mødested for handlede kvinder

Her i juni åbner "Mødested for udenlandske kvinder" på Vesterbro. Mødestedet er et nyt tilbud til handlede og udenlandske kvinder i prostitution. Her vil kvinderne kunne møde andre i samme situation og få social og juridisk rådgivning af socialfagligt personale med særlig viden om menneskehandel og prostitution. Der er også en lægebemandet klinik, der er åben en gang om ugen.

Baggrunden for oprettelsen af mødestedet er positive erfaringer fra andre lande med tilsvarende tilbud til målgruppen.

Det nye mødested, der åbnes af minister for ligestilling Karen Jespersen, får adresse i Colbjørnsensgade 12 i kælderen. Fagfolk inden for området er velkomne til at overvære åbningen, der finder sted den 2. juni kl. 15.00.

Det er Center Mod Menneskehandel, Kompetencecenter Prostitution og Reden International, der i fællesskab står for mødestedet. Oprettelsen er et led i regeringens handlingsplan til bekæmpelse af handel med mennesker 2007-2010. Du kan finde handlingsplanen på www.lige.dk

Fra udsat til ansat

Servicestyrelsen har iværksat projektet *Fra udsat til ansat*, der tilbyder gratis kurser mv. til virksomheder, som ønsker at åbne døren for socialt udsatte ledige. Kurserne, der arrangeres af Center for Aktiv Beskæftigelsesindsats (CABI), handler om socialt engagement og giver viden og værktøjer til at integrere socialt udsatte mennesker på arbejdspladsen.

Hvis en virksomhed vælger at gå videre med at rekruttere socialt udsatte, er der efter kurset mulighed

for at få sparring og hjælp til at tackle de konkrete udfordringer.

Kurserne henvender sig til alle typer af virksomheder: store og små, private og offentlige, alle brancher og alle medarbejdere. Læs mere på hjemmesiden www.fra-udsat-til-ansat.dk eller kontakt projektleder Carsten Kjærgaard tlf. 86 20 83 65 fra CABI.

Projektet *Fra udsat til ansat* er en del af regeringens handlingsplan for udsatte grupper, *Det fælles ansvar II*.

Enhedens publikationer siden årsskiftet



**Under huden på problemet:
Socialt arbejde og unge med misbrug**
Af Jette Nyboe, Lis Døssing og
Karen Scott (2. oplag)
Antologi. 88 sider.



**Veje til inklusion. Om sindslidende i
boligområder**
Af Martine Grasso og Ole Thomsen
Rapport. 134 sider



**Årsstatistik 2007: Statistik fra centre, der
arbejder med senfølger efter
seksuelle overgreb**
Af Luise Moustgaard Frandsen
Rapport. 82 sider



**Behandlingstilbud til børn og unge i
familier med alkoholmisbrug.
Et inspirationshæfte**
Af Birgitte Roth Hansen og
Mette Lykke Lauridsen
Inspirationshæfte. 48 sider



**Senfølger af overgreb: Voksne med følger
af seksuelle overgreb i barndommen –
hvad er senfølgerne og hvordan kan man
hjælpe?**
Af Kristian Larsen. Red.: Flemming H.
Pedersen. (2. udgave)



**Betingelser for fællesskaber.
Om sindslidende i boligområder**
Af Anja Jørgensen og Anne-Kirstine
Mølholt
Bog. 134 sider



**At blive mor. Misbrugte kvinders
problemer og behov for hjælp.**
Af Luise Moustgaard Frandsen
Rapport. 73 sider



LOKK børnestatistik 2007
Af Eva Børjesson
Rapport. 112 sider.
Udg. i samarbejde med
Landsorganisationen af
Kvindekrisecentre



**LOKK voksenstatistik 2007:
Kvinder på krisecenter**
Af Lise Barlach
Rapport. 108 sider
Udg. i samarbejde med
Landsorganisationen af
Kvindekrisecentre

Alle publikationer findes i en elektronisk version. Nogle af dem foreligger også i trykte udgaver. De er i så fald gratis. Du kan læse mere om de enkelte udgivelser, downloade og bestille på www.servicestyrelsen.dk og www.vfucudsatte.dk NB! Oversigten her gælder kun publikationer fra Servicestyrelsens Udsatteenhed. Du kan se Servicestyrelsens andre udgivelser på www.servicestyrelsen.dk

Indsatsen mod social ulighed i sundhed

Der er ingen lette løsninger, når det gælder kommunernes indsats mod social ulighed i sundhed. Men fastholdelse af politisk fokus og styrkelse af samarbejdet mellem aktørerne på området er nogle af vejene, vi skal gå.

Af formand for KL's social- og sundhedsudvalg Tove Larsen (S)

Indsatsen mod social ulighed i sundhed står højt på kommunernes dagsorden – og det er der flere grunde til. Nationale undersøgelser har tydeligt vist, at sundhedstilstanden i Danmark har social slagside. Børn, der vokser op i svage sociale miljøer har stor risiko for dårligere helbred som voksne end andre, og den sociale ulighed i sundhed er stigende. Borgere i socialt udsatte grupper er langt oftere syge, og relativt flere dør også af deres sygdomme. De udsatte grupper er især personer uden for eller på kanten af arbejdsmarkedet: arbejdsløse faglærte og ufaglærte lønmodtagere mv.

Personer, der især risikerer marginalisering, er hjemløse, misbrugere og psykisk syge. Der er behov for en bred indsats, der sætter fokus på boligforhold, passende beskæftigelse, sociale netværk og relevante sundhedstilbud. Det kan være svært som udgangspunkt at skille den sociale indsats fra den sundhedsmæssige, og mange har dobbeltproblemer med både psykisk sygdom og misbrug.

Der bør derfor ske en aktiv prioritering af sammenhæng mellem den sociale og sundhedsmæssige indsats på baggrund af dialog med brugerne, sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer samt en opprioritering af viden og kompetencer hos ledere og medarbejdere. Kommunernes medarbejdere i jobcentrene, hjemmeplejen, socialforvaltningen, sundhedsplejen og børnenes institutioner skal have politisk opbakning og mulighed for at tænke sundhed ind i mødet med borgerne.

Sundhedsstyrelsens projekt "Lighed i sundhed" 2006-2009, hvor bl.a. seks modelkommuner medvirker, giver os nogle fingerpeg om holdninger hos målgruppen. Det fremgår bl.a., at det er vigtigt at gøre det sunde valg til det lette valg. Socialt samvær skal indtænkes i tilbuddene, fordi mange savner positiv, social kontakt i deres hverdag. Frihed til at vælge og ønske om at tilbuddene ikke virker "stigmatiserende" er andre tilkendegivelser.

Undersøgelser viser, at rygning sammen med inaktivitet er en af de største trusler mod folkesundheden. Den største andel rygere findes blandt socialt udsatte. Nogle gange skaber det dilemmaer at fastholde gode samværstilbud uden at give køb på sundheden.

Psykisk syge og misbrugere er ofte i fysisk dårlig form. Fysisk aktivitet er af stor betydning for almen sundhed og øget livskvalitet. Det er derfor vigtigt, at vi udvikler metoder og tilbud, der motiverer udsatte grupper til at komme i gang og fastholde fokus.

Personens ret til selv at bestemme over sit liv skal respekteres, med mindre der er situationer der lovgivningsmæssigt kræver handling fra det offentliges side. Det opsøgende arbejde skal udvikles og fastholdes. Sundhedsplejen spiller en vigtig rolle i det forebyggende og opsøgende arbejde, og i mange kommuner har man udviklet særlige tilbud til udsatte børn og deres familier. De praktiserende læger har stor autoritet når det gælder at komme i dialog med borgerne om motion, alkohol og rygning, og det er vigtigt at der er et tæt samarbejde med kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremme.

Der er ingen lette løsninger, når det gælder indsatsen mod social ulighed i sundhed. Men øget forskning om effekt af indsatser, fastholdelse af politisk fokus samt styrket kommunikation og samarbejde mellem kommunerne og de andre parter i sundhedsvæsenet er nogle af de veje, vi fortsat skal gå.



Foto: Karin Riggelsen

TOVE LARSEN
Formand for social- og
sundhedsudvalget i
Kommunernes Landsforening
og borgmester i Aabenraa (S).